

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ: ПРОБЛЕМИ ТА РІШЕННЯ

*Літературні дані переклала та узагальнила
канд. мед. наук Лариса Стрільчук*

Національні інститути здоров'я США визнали ожиріння хворобою ще у 1998 р. з огляду на глибокий негативний медичний і соціоекономічний вплив цього патологічного стану. Ожиріння пов'язане із підвищенням захворюваності та ризику розвитку серцево-судинних захворювань, інсульту, цукрового діабету 2 типу та деяких видів раку.

Більшість людей насамперед звертаються за медичною допомогою до лікаря первинної ланки, тому в умовах центрів надання первинної медико-санітарної допомоги є оптимальним початок лікування надлишкової маси тіла й ожиріння. Однак ретроспективний аналіз показав, що в медичній документації первинної ланки індекс маси тіла (ІМТ) фіксують лише у 22,2%, а окружність талії — у 4,3% дорослих. За даними американського дослідження, задокументований діагноз ожиріння мали лише <20% осіб із цим станом, водночас імовірність призначення лікування була вищою у пацієнтів із формально встановленим діагнозом.

Важливим кроком у покращенні лікування ожиріння на етапі первинної ланки є підвищення обізнаності сімейних лікарів із цим питанням та їх навчання ефективним методам лікування відповідно до сучасних рекомендацій. Ці заходи покликані подолати поширену клінічну інерцію.

КРОК 1

Первинна оцінка (консультації № 1 та 2)

Під час первинної оцінки стану пацієнта та кожного наступного візиту медичні працівники повинні визначати його масу тіла, зріст, окружність талії та ІМТ, фіксуючи дані у медичній документації. Хоча показником тяжкості ожиріння є ІМТ, він

не дає змоги розрізнити високу жирову та м'язову масу і не характеризує розподіл жиру в організмі. У зв'язку з цим у діагностиці ожиріння все більшого поширення набувають додаткові методи антропометричного обстеження: визначення окружності талії на рівні передньої верхньої клубової ості, співвідношення окружностей талії та стегон, відсоток жиру в організмі. Окружність талії дає можливість виявити вісцеральне ожиріння — один із компонентів метаболічного синдрому.

При визначенні надлишкової маси тіла чи ожиріння має проводитися подальша оцінка стану таких пацієнтів. Передусім потрібно отримати згоду пацієнта на обговорення питань ожиріння та його наслідків. Також слід прицільно зібрати анамнез, який має детально характеризувати хронологічну історію набору маси тіла: початок збільшення, тривалість цього стану, фактори, які потенційно могли сприяти надмірному зростанню маси тіла або, навпаки, сповільнювати розвиток ожиріння. Важливими у цьому аспекті соціальними факторами є робота у нічну зміну, плани щодо вагітності, застосування контрацептивних та інших лікарських засобів, здатних впливати на масу тіла (табл. 1), статус куріння, рівень споживання алкоголю, вживання марихуани та асоційована із ним гіперфагія, застосування стимулюючих засобів. Необхідно з'ясувати також сімейний анамнез ожиріння.



ТАБЛИЦЯ 1. Препарати, застосування яких асоційоване зі збільшенням маси тіла, та їх альтернативи

Галузь	Клас препаратів	Препарати	Альтернативи
Психіатрія	Антипсихотичні засоби	Клозапін, рисперидон, оланзапін, кветіапін, галоперидол, перфеназин	Зипрасидон, лурасидон
	Антидепресанти/анксіолітики	Трициклічні антидепресанти (амітриптилін, доксерін, іміпрамін, нортриптилін, триміпрамін, міртазепін), селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (флуоксетин ⁶ , сертралін ⁶ , пароксетин, флувоксамін), інгібітори моноаміноксидази (фенелзин, траніципромін)	Бупропіон ³ , флуоксетин, сертралін
	Стабілізатори настрою	Препарати літію	Топірамат ^{3а}
Неврологія	Антиконвульсанти	Карбамазепін, габапентин, вальпроат	Ламотриджин ^{6б} , топірамат ³ , зонісамід
	Снодійні засоби	Дифенгідраміновмісні безрецептурні засоби, міртазепін, тразодон ⁶	Мелатонін, бензодіазепіни
Ендокринологія	Протидіабетичні засоби	Інсулін, препарати сульфонілсечовини, тіазолідиндіони, ситагліптин ⁶ , меглітиніди	Метформін ³ , акарбоз ³ , міглітол, прамлінгид ³ , ексенатид ³ , дулаглутид ³ , ліраглутид ³ , семаглутид ³ , канагліфлозин ³ , дапагліфлозин ³ , емпагліфлозин ³ , ертугліфлозин ³
Акушерство та гінекологія	Контрацептиви	Прогестаційні стероїди (медроксипрогестерон, етоноргестрелові імпланти, внутрішньоматкові пристрої з левоноргестрелом)	Бар'єрні методи, негормональні внутрішньоматкові пристрої
Кардіологія	Антигіпертензивні засоби	Блокатори α-адренорецепторів ⁶ , блокатори β-адренорецепторів ⁶	Карведилол ⁶ , ІАПФ ⁶ , БКК ⁶ , БРА
Алергологія та імунологія	Антигістамінні засоби	Дифенгідрамін, цетиризин ⁶ , левоцетиризин ⁶ , фексофенадин ⁶ , доксерін ⁶ , ципрогептадин ⁶ , кортикостероїди	Лоратадин, деконгестанти
	Імунодепресанти	Кортикостероїди	НПЗП, стероїдні інгалятори ⁶
Інфекційні хвороби	Антиретровірусні засоби	Інгібітори протеази	Відсутні

Примітки: ^а препарати, здатні знижувати масу тіла; ^б препарати, дані щодо впливу яких на масу тіла є суперечливими; ІАПФ — інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту; БКК — блокатори кальцевих каналів; БРА — блокатори рецепторів ангіотензину II; НПЗП — нестероїдні протизапальні препарати.



ВІДКРИТІ ПИТАННЯ, ЯКІ ПОТРІБНО ЗАДАТИ ПАЦІЄНТАМ З ОЖИРІННЯМ

1. Як давно і яким чином маса тіла стала для вас проблемою?
2. Які життєві події могли сприяти збільшенню маси тіла? Чи бачите ви зв'язок надлишкової маси тіла з іншими вашими хворобами або прийомом ліків?
3. Як змінювалася маса вашого тіла у дитинстві, під час навчання у школі та університеті, у дорослому віці, під час менопаузи?
4. Чи змінилася маса вашого тіла після одруження, вагітності чи зміни місця роботи або проживання?
5. Що найбільше перешкоджає вам знизити масу тіла?
6. Що коли-небудь допомагало вам знизити масу тіла?
7. Чи приймали ви коли-небудь препарати для зниження маси тіла? Чи робили операції, спрямовані на схуднення?
8. Чи дотримуєтесь ви якоїсь специфічної дієти? Чи обмежуєте ви вживання якихось продуктів і чому?
9. Скільки разів на тиждень ви їсте у закладах громадського харчування або замовляєте доставку їжі?
10. Який прийом їжі (сніданок, обід, вечеря) є у вас найряснішим?
11. Чи мали ви коли-небудь розлади харчової поведінки?
12. Чи бувають у вас напади надмірного вживання їжі? Чи відчуваєте ви втрату контролю над собою, коли їсте? Чи були випадки, коли ви прокидалися вночі і йшли їсти?
13. Чи активний ваш спосіб життя? Чи ходите ви пішки? Чи займаєтесь спортом регулярно? Які фактори, окрім маси тіла, обмежують вашу фізичну активність?

Після ретельного збору анамнезу проводиться фізикальне обстеження, яке, окрім визначення маси тіла та зросту, має передбачати стандартні процедури: вимірювання артеріального тиску

(за допомогою тонометра з манжетою належного розміру) та частоти серцевих скорочень.

Для визначення клінічного ступеня ожиріння можна застосовувати Едмонтонську шкалу (рис. 1),



Рис. 1. Едмонтонська шкала

яка поєднує оцінку антропометричних даних та ускладнень ожиріння. Необхідно також провести специфічні дослідження залежно від виявлених факторів ризику та переглянути медикаменти, що вживає пацієнт, замінивши альтернативними засобами ті, які можуть сприяти збільшенню маси тіла.

Для оцінки метаболічного ризику у пацієнта важливе значення мають і лабораторні дані. З цією метою виконують загальний аналіз крові, скринінг на дисліпідемію та цукровий діабет (ЦД) 2 типу, визначають вміст тиреотропного гормону. Скринінг вторинних причин ожиріння та пов'язаних з ожирінням коморбідних станів проводиться лише за наявності відповідної клінічної підозри.

Крок 2

Поради, підтримка та лікування
(консультації № 3 та 4)

На цьому етапі варто з'ясувати розуміння пацієнтом причин надлишкової маси тіла чи ожиріння та особливостей лікування цих станів, наголошуючи на перевагах зниження маси тіла. Лікар має пояснити пацієнту, що ожиріння — це хронічне, часто прогресуюче захворювання, та встановити разом із ним відповідні цілі за системою SMART: S — специфічні (specific), M — вимірювані (measurable), A — мають виконавця (assignable), R — реалістичні (realistic), T — обмежені в часі (time-related).

Лікування ожиріння має бути індивідуалізованим та сфокусованим на полегшенні перебігу пов'язаних з ожирінням ускладнень, покращенні фізичних функцій, загального кардіоваскулярного здоров'я та якості життя. Слід пояснити, що ожиріння потребує мультимодального лікування та допомоги різних

спеціалістів — дієтолога, медичної сестри, фахівців із фізичних навантажень тощо. Вибір необхідних спеціалістів ґрунтується на виявлених потребах пацієнта (рис. 2).

Можливості лікування

Модифікація способу життя. Основою зниження маси тіла є модифікація способу життя (МСЖ). Інтенсивні втручання з МСЖ зазвичай передбачають 14 зустрічей з пацієнтом протягом 6 місяців, під час яких проводиться навчання щодо харчування, фізичних навантажень і змін поведінки.

Для зниження маси тіла необхідний дефіцит калорій у межах 500 ккал/добу, тобто добова енергетична цінність раціону для жінок здебільшого має становити 1200–1500 ккал, а для чоловіків — 1500–1800 ккал. Можна застосовувати також дуже низькокалорійні дієти з добовою калорійністю 500–800 ккал. Цей метод є ефективним для короткого застосування і має використовуватися лише під медичним наглядом. Ефективною стратегією досягнення дефіциту калорій є інтервальне голодування — чергування днів звичного харчування з днями вживання 500–800 ккал/добу або зменшення часового вікна для споживання їжі до 8 годин (дозволяє зменшити калорійність добового раціону в середньому на 300 ккал).

Макронутрієнтний склад оптимального раціону для зниження маси тіла протягом тривалого часу є предметом дискусій, однак дані тривалих рандомізованих контрольованих досліджень свідчать на користь переваги харчування з низьким вмістом жиру (<20–30% загальної калорійності раціону). Багатообіцяючі результати отримано також щодо



Рис. 2. Модель мультиmodalного лікування ожиріння

низьковуглеводних дієт (≤ 150 г/добу), які сприяють зменшенню секреції інсуліну — гормону-анаболіка, що стимулює ліпогенез і пригнічує ліполіз.

Фізична активність має подвійне значення у контролі маси тіла: по-перше, забезпечує дефіцит енергії, а по-друге, сприяє збереженню сухої (без жиру) м'язової маси. Загальні витрати енергії складаються з витрат на базальний метаболізм, термогенез та фізичні навантаження, тобто модифікувати можна лише останню складову. Поєднання змін харчування та підвищення фізичної активності є більш ефективним, ніж будь-яка одна модифікація. За рекомендаціями Американської колегії спортивної медицини, для підтримки стабільної маси тіла тривалість фізичних навантажень має становити 150–250 хв/тиждень, для зниження маси тіла — >150–420 хв/тиждень, а для підтримки досягнутого зниження — 200–300 хв/тиждень.

Фармакотерапія. Фармакотерапія при ожирінні показана як додаток до МСЖ мотивованим до схуднення особам з $\text{IMT} \geq 30$ кг/м² або особам з $\text{IMT} \geq 27$ кг/м² та щонайменше одним коморбідним станом, асоційованим із ожирінням (ЦД 2 типу, артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія, обструктивне апное сну).

Оскільки ожиріння є хронічним захворюванням, лікар повинен розглянути доцільність застосування відповідних медикаментів і під час періоду зниження маси тіла, і для профілактики її повторного підвищення. Для контролю маси тіла застосовують фентермін, фентермін/топірамат, налтрексон/бупропіон, орлістат і ліраглутид. Будь-яку фармакотерапію при ожирінні слід провадити довше 12 тижнів винятково у випадках, коли маса тіла пацієнта зменшилася щонайменше на 5% від початкової. Тоді лікування продовжують настільки, наскільки це необхідно, залежно від наявності клінічних переваг, у тому числі з метою профілактики повторного підвищення маси тіла, регулярно переглядаючи й обговорюючи ризики та переваги.

Фентермін, фентермін/топірамат із пролонгованим вивільненням і налтрексон/бупропіон із пролонгованим вивільненням в Україні не зареєстровані, тому їх короткі характеристики представлені у таблиці 2.

Орлістат пригнічує ліпазу підшлункової залози та шлунка, зменшуючи всмоктування жиру приблизно на 30% (за умов вживання по 120 мг 3 р/добу). Орлістату притаманні побічні ефекти з боку

ТАБЛИЦЯ 2. Коротка характеристика не зареєстрованих в Україні препаратів для зниження маси тіла

Назва	Механізм дії	Пацієнти-кандидати
Фентермін	Адренергічний агоніст центральної дії, який пригнічує апетит і підвищує витрати енергії на базальний метаболізм	Пацієнти з ожирінням, які потребують саме пригнічення апетиту
Фентермін/топірамат із пролонгованим вивільненням	Фентермін – див. вище, топірамат – інгібітор карбоангідрази	Молоді пацієнти з ожирінням та особи з супутньою мігренню
Налтрексон/бупропіон із пролонгованим вивільненням	Бупропіон – інгібітор зворотного захоплення допаміну/норадреналіну, налтрексон – антагоніст опіоїдів	Пацієнти, які мають неконтрольований потяг до їжі та/або залежність від їжі; хворі з депресією; особи, які намагаються кинути курити чи зменшити вживання алкоголю

травної системи, які можна пом'якшити за допомогою низькокалорійної дієти зі зниженим вмістом жиру. Крім того, орлістат зменшує всмоктування жиророзчинних вітамінів (A, D, E та K), тому необхідно відстежувати потенційний розвиток вітамінодефіцитів. Оптимальні кандидати для призначення орлістату — пацієнти з ожирінням і запорами та/або супутньою гіперхолестеринемією. Орлістат протипоказаний особам з мальабсорбцією чи холестаазом.

Ліраглутид у дозі 3,0 мг є агоністом рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1, представленим у формі розчину для підшкірних ін'єкцій 1 р/добу. Цей препарат справляє центральну дію (у гіпоталамусі) та впливає на травний тракт, сповільнюючи спороження шлунка і зменшуючи відчуття голоду. Ліраглутид протипоказаний пацієнтам з медулярним раком щитоподібної залози та множинною ендокринною неоплазією 2 типу у сімейному анамнезі. Одночасне застосування ліраглутиду з інсуліном або засобами, що стимулюють секрецію останнього, підвищує ризик розвитку гіпоглікемії. Ідеальними кандидатами на застосування ліраглутиду є особи з надлишковою масою тіла чи ожирінням, які відзначають недостатнє відчуття насичення або мають ЦД 2 типу, предіабет чи порушення толерантності до глюкози.

Крок 3 Перегляд лікування або направлення до хірурга (консультації № 5–8)

Пацієнти, які через 3 місяці МСЖ (гіпокалорійний раціон, підвищена фізична активність та/або фармакотерапія) не змогли досягти зменшення маси тіла на >5%, та пацієнти, оцінка яких за Едмонтонською шкалою продовжує зростати, незважаючи на проведені втручання, потребують перегляду заходів щодо МСЖ і фармакотерапії або направлення до бариатричного хірурга. Передусім це стосується осіб з ІМТ ≥ 40 кг/м² або з ІМТ > 35 кг/м² та щонайменше одним коморбідним станом, асоційованим із ожирінням.

Метаболічна хірургія є найбільш ефективним методом лікування ожиріння, який дозволяє швидко знизити масу тіла на 20–35% від початкової. Пацієнтів для хірургічних втручань слід ретельно відбирати. Незважаючи на високу ефективність метаболічної хірургії, пацієнти навіть після операції потребуватимуть позитивного спостереження сімейного лікаря та лікарів клініки метаболічної хірургії (1 раз на рік або, за потреби, і частіше).

Жінкам слід запобігати вагітності за допомогою ефективних методів контрацепції щонайменше впродовж 12 місяців після операції.

Крок 4 Повторна оцінка стану пацієнта (консультації № 9 та подальші)

Під час наступних консультацій слід звернути увагу на профілактику повторного підвищення маси тіла. З цією метою варто розглянути доцільність застосування спеціальних інтенсивних структурованих програм, які поєднують зміну харчування та фармакотерапію. Необхідно пояснити пацієнтам, що організму притаманний фізіологічний опір та протидія схудненню, та розробити індивідуальний план дій у разі повторного підвищення маси тіла, наприклад, ≥ 3 кг. Якщо ускладнення та коморбідні стани відсутні, а стартових цілей досягнуто, необхідно сформувати план подальшого контролю маси тіла та профілактики асоційованих із ожирінням коморбідних станів. Узгоджені цілі слід регулярно переглядати (приблизно 1 раз на 8 тижнів).

Якщо ж у пацієнта наявні ускладнення/коморбідні стани або він потребує метаболічного хірургічного втручання, слід переглянути поставлені цілі зниження маси тіла, виявити й усунути побічні ефекти лікування чи полегшити перебіг коморбідних станів, залучивши до спільної роботи мультидисциплінарну команду.

Висновки

1. Ожиріння є хронічною хворобою, що потребує тривалого лікування та контролю.
2. Лікарям загальної практики належить ключова роль у виявленні осіб з ожирінням чи ризиком розвитку ожиріння, а також у початку впровадження відповідних заходів і профілактиці повторного підвищення маси тіла після успішного схуднення.
3. Для лікування ожиріння необхідний мультиmodalний підхід, який передбачає зміну харчування, підвищення фізичної активності та фармакотерапію, а іноді — і метаболічне хірургічне втручання.
4. При невдачі стартового лікування сімейні лікарі мають допомагати пацієнтам з ожирінням проконсультуватися у відповідних вузьких спеціалістів.

Література

1. Tchang B. G., Saunders K. H., Igel L. I. Best Practices in the Management of Overweight and Obesity. *Med Clin North Am.* 2021 Jan; 105(1): 149–174.
2. Forgione N., Deed G., Kilov G., Rigas G. Managing Obesity in Primary Care: Breaking Down the Barriers. *Adv Ther.* 2018; 35(2): 191–198.