

№ 1 / 2021

# ЕндоPractice

Освітньо-практичний журнал

- Діагностика та лікування ожиріння у пацієнтів із ЦД 2 типу
- Ведення пацієнтів з ожирінням: проблеми та рішення
- Деінтенсифікація цукрознижувальної терапії: як? кому? коли?



**ТЕМА НОМЕРА: ОЖИРІННЯ**

# Декрістол<sup>®</sup>

НІМЕЦЬКИЙ  
ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ  
20 000 МО

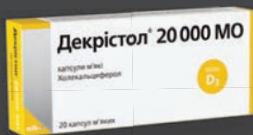
Відтепер лише  
1 капсула  
на тиждень!\*

Зручні правила прийому:

## ПРОФІЛАКТИКА ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D\*

1 капсула  
на тиждень

(незалежно від початкового рівня  
у період з листопада по квітень)



1 упаковка  
на 5 місяців

## ЛІКУВАННЯ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D\*

2 капсули  
на тиждень

(протягом 6–12 тижнів)



потім

1 капсула  
на тиждень

(протягом періоду до 6 місяців)



2 упаковки  
для подолання  
дефіциту

1 000 МО

2 000 МО

4 000 МО

5 600 МО

20 000 МО

\* Інструкція для медичного застосування препарату Декрістол 20 000 МО. Круглі прозорі м'які капсули, по 20 капсул. Реєстраційне посвідчення № UA/17901/01/01, наказ МОЗ України від 30.07.2021 р. № 1605. Будь ласка, зверніть увагу! Більш детальна інформація викладена в інструкції з медичного застосування препарату, також її можна отримати у ТОВ «Мібе Україна». Склад: 1 капсула містить холекальциферолу 20,0 мг, що відповідає 0,5 мг, або 20 000 МО, вітаміну D<sub>3</sub>. Показання: Лікування клінічно підтвердженого дефіциту вітаміну D у дорослих; профілактика дефіциту вітаміну D у пацієнтів з високим ризиком; як доповнення до специфічної терапії остеопорозу у пацієнтів із дефіцитом вітаміну D або з високим ризиком нестачі вітаміну D. Протипоказання: Підвищена чутливість до активної речовини, арахісу, сої або будь-яких інших допоміжних речовин, що містяться в лікарському засобі. Гіперкальціємія. Гіперкальціурія. Гіпервітаміноз D. Псевдогіпаратиреоз. Нефролітіаз. Ниркова недостатність. Саркоїдоз. Туберкульоз. Додатковий прийом вітаміну D. Побічні реакції зафіксовані на тлі прийому. Нечасто (від ≥ 1/1000 до < 1/100): Гіперкальціємія та гіперкальціурія. Детальна інформація про можливі побічні реакції міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Дата останнього перегляду інструкції – 30.07.2021 р. Категорія відпуску: За рецептом. Certificate of Free Sale Декрістол D<sub>3</sub> – 1000 МО, 18 грудня 2017 р.; 2000 МО, 14 серпня 2017 р.; 4000 МО, 4 грудня 2017 р.; 5600 МО, 14 серпня 2017 р.



Виробник: mibe GmbH Arzneimittel, Німеччина [www.dekristol.com.ua](http://www.dekristol.com.ua)  
Представник в Україні: ТОВ «МІБЕ УКРАЇНА», 01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13  
Тел./факс: (044) 254 39 36

Інформація про лікарський засіб для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ, лікарів та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

**Засновники:** Асоціація ендокринологів України, ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Випускається з 2021 року за підтримки Школи ендокринології/«EndoSchool»

---

**ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР**

М.Д. Тронько  
(академік НАМН України,  
член-кореспондент НАН України,  
доктор медичних наук,  
професор)

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

Ю.Б. Бельчіна (м. Київ)  
Ю.В. Булдигіна (м. Київ)  
Н.М. Жердьова (м. Київ)  
А.М. Кваченюк (м. Київ)  
О.П. Кіхтяк (м. Львів)  
І.М. Кондрацька (м. Київ)  
Л.А. Луценко (м. Київ)

В.А. Лучицький (м. Київ)  
Л.А. Міщенко (м. Київ)  
В.Л. Орленко (м. Київ)  
М.М. Орос (м. Ужгород)  
В.В. Попова (м. Київ)  
Л.К. Соколова (м. Київ)  
Н.А. Спринчук (м. Київ)  
А.М. Урбанович (м. Львів)

---

**ДИЗАЙН:**

Рекламна агенція **DoctorStar**  
[www.doctorstar.com.ua](http://www.doctorstar.com.ua)

**ДРУК:**

Підписано до друку 00.00.2021 р. Наклад 000 прим. Зам. № 0000

Виходить 6 разів на рік

---



EndoSchool





*Дорогі друзі!*

*Хай Миколай у вишиванці  
Розбудить подарунком вранці,  
І принесе у вашу хату  
Добробут, радості багато.  
Розбудить приспані надії,  
Зернятко щастя хай посіє.  
Зігріє гумором, любов'ю,  
І принесе усім здоров'я!*

*Прийміть найщиріші*

*вітання*

*зі Святom Микoлая!*

*З Новим 2022 роком  
та Різдвом Христовим!*

У номері:

6

СЛОВО

ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА

Микола Дмитрович Тронько

7

ЕНДОРЕVIEW.

ДОКАЗОВА ПРАКТИКА

Діагностика та лікування  
ожиріння у пацієнтів  
із цукровим діабетом 2 типу

12

АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ.

КРОКУЄМО ДО ЗНАНЬ

Ведення пацієнтів з ожирінням:  
проблеми та рішення

17

ЛАБІРИНТ ЗНАНЬ.  
ВИЗНАЧАЄМО

Деінтенсифікація  
цукрознижувальної терапії:  
як? кому? коли?

22

ВСЕСВІТ ТІЛА.

ЦІКАВО ДІЗНАТИСЯ

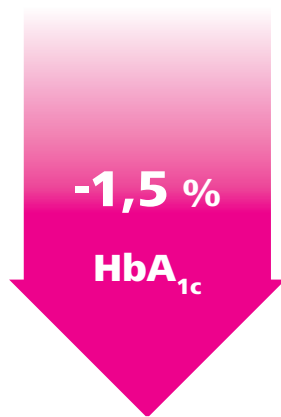
Від Венери до Наомі

# КСАЛТОФАЙ — нова ера в лікуванні цукрового діабету 2 типу

## Вперше



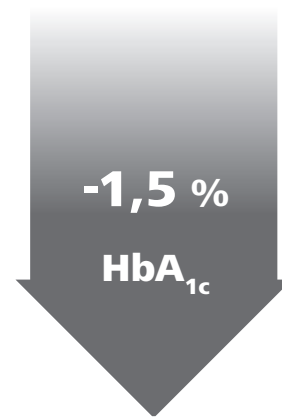
Вихідний рівень 8,2 %



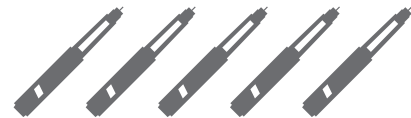
1 ін'єкція на добу<sup>1, 2</sup>



Базал + Болюс  
Вихідний рівень 8,2 %



до 5 ін'єкцій на добу<sup>2</sup>



### СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ КСАЛТОФАЙ (ХУЛТОФНУ)\*\*\*

Наказ Міністерства охорони здоров'я України 17.08.2020 № 1896. Реєстраційне посвідчення № UA/18253/01/01. **Склад:** діючі речовини: інсулін деглудек, ліраглутид; допоміжні речовини: гліцерин, фенол, цинку ацетат, кислота хлористоводнева (для корекції pH), натрію гідроксид (для корекції pH), вода для ін'єкцій. **Фармакотерапевтична група.** Лікарські засоби, що застосовуються при цукровому діабеті. Інсуліни та аналоги тривалодіючих інсулінів. Код АТХ A10AE56. **Показання.** Лікарський засіб Ксалтофай застосовують при недостатньо контрольованому цукровому діабеті II типу у дорослих з метою покращення глікемічного контролю як доповнення до дієти, фізичних вправ та інших пероральних лікарських засобів для лікування цукрового діабету. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючих речовин або до інших компонентів, які вказані у списку допоміжних речовин. **Дозування.** Лікарський засіб Ксалтофай вводиться підшкірно один раз на добу. Лікарський засіб Ксалтофай можна вводити у будь-який час протягом дня, бажано в один той же самий час. Доза лікарського засобу Ксалтофай підбирається із врахуванням індивідуальних потреб пацієнта. **Побічні реакції.** Найчастішими зареєстрованими побічними реакціями при лікуванні лікарським засобом Ксалтофай були гіпоглікемія і побічні реакції з боку шлунково-кишкового тракту. Порухення з боку імунної системи. Порухення з боку обміну речовин та харчування. Порухення з боку шлунково-кишкового тракту. Порухення з боку печінки та жовчовивідних шляхів. Порухення з боку шкіри та підшкірних тканин. Загальні розлади (порушення) місця введення. Показники лабораторних досліджень. **Термін придатності.** 2 роки. **Умови зберігання.** До першого використання: зберігати у холодильнику (при температурі 2–8°C). Зберігати не надто близько від морозильної камери. Не заморозувати. Для захисту від дії сонячного світла зберігати шприц-ручку з надійним ковпачком. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Дата останнього перегляду.** 10.12.2020.

Посилання:  
1. ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу Ксалтофай (Xultophy).  
2. Billings L et al. Diabetes care. 2018; 41(5): 1009-1016.

\* Ново Нордиск®.  
\*\* Ксалтофай — інсулін деглудек/ліраглутид (технологія rDNA) для підшкірного введення.  
\*\*\* Інформація подано скорочено. Будь-ласка, ознайомтеся з повною інструкцією, перш ніж застосовувати або призначати препарат.

ТОВ «Ново Нордиск Україна», Україна, 01014, м. Київ, вул. Болсуновська, 13-15, телефон: (044) 389 44 00, факс: (044) 389 44 01.  
[www.novonordisk.ua](http://www.novonordisk.ua), [www.novonordisk.com](http://www.novonordisk.com), [www.diabet.org.ua](http://www.diabet.org.ua)



**Xultophy®**  
insulin degludec/liraglutide  
[rDNA origin] injection



### Микола Дмитрович Тронько

Віце-президент НАМН України, член Президії НАМН України, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, доктор медичних наук, професор, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

#### Шановні колеги!

Ми раді повідомити вас про те, що із кінця 2021 року Асоціація ендокринологів України та науково-освітній проєкт «Школа ендокринології»/EndoSchool матимуть інформаційну підтримку у вигляді журналу «ЕндоPractice», пілотний випуск якого запланований на другу половину грудня. Цей журнал покликаний підтримати практичні навички та поглибити знання першочергових питань діагностики, лікування та профілактики ендокринних і супутніх захворювань лікарями-ендокринологами, сімейними лікарями та спеціалістами суміжних галузей.

Редакційна колегія журналу впевнено бере курс на практичний вектор інформаційної подачі матеріалів, маючи на меті зробити журнал максимально орієнтованим саме на лікаря-практика та корисним для покращення його знань і вмінь у різноманітних аспектах сучасної ендокринології. На сторінках журналу висвітлюватимуться доповіді науково-освітнього проєкту «Школа ендокринології»/EndoSchool, огляди зарубіжної літератури із практичним наповненням та підґрунтя доказової медицини – огляди новин Європейської асоціації з вивчення діабету, Американської діабетологічної асоціації тощо.

Сподіваємося, що «ЕндоPractice» стане настільним журналом кожного лікаря-ендокринолога, а представлені у ньому матеріали допоможуть усій медичній спільноті України досягти єдиної мети – покращення якості життя населення нашої країни.

# ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Переклала та адаптувала  
канд. мед. наук Ольга КОРОЛЮК



На сьогодні беззаперечно доведено, що лікування ожиріння сповільнює трансформацію предіабету у цукровий діабет 2 типу (ЦД2), а також покращує контроль глікемії, виживання та якість життя хворих на діабет. Цей огляд коротко підсумовує рекомендації Американської асоціації діабету (2021) щодо лікування ожиріння у хворих на ЦД2.

## ОЦІНКА ПАЦІЄНТІВ

- 1** Для налагодження довірчих взаємин лікар має уважно вислухати пацієнта, використовувати зрозумілі слова й уникати осудливих формулювань (замість «гладкий» або «товстий» казати «пацієнт з ожирінням»).
- 2-3** Принаймні щороку рекомендовано вимірювати зріст і масу тіла в умовах комфорту, неосудності та конфіденційності, що зменшить стрес і сприятиме адекватному ставленню пацієнта до цих процедур у майбутньому. Маса тіла (у кілограмах) поділена на зріст у квадраті (у метрах) складає індекс маси тіла (ІМТ) — параметр статусу маси тіла, який найчастіше використовують у клінічній практиці. У європейців показники у межах 25,0–29,9 кг/м<sup>2</sup> відповідають надлишковій масі тіла;  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> — ожирінню з подальшим виділенням його трьох ступенів: до 34,9; 35,0–39,9 та  $\geq 40$  кг/м<sup>2</sup>. Для визначення стратегії лікування слід брати до уваги динамічні зміни (траєкторію) маси тіла.
- 4** Певні клінічні обставини, як-от супутня серцева недостатність або значні незрозумілі коливання маси тіла (приріст/втрата), вимагають частішої оцінки маси тіла чи стаціонарного обстеження з акцентом на зв'язки з глікемічним статусом, вживанням їжі та лікарських препаратів.

Вищий ІМТ збільшує ризик розвитку діабету, серцево-судинних захворювань і смерті від усіх причин, а також іншого негативного впливу на здоров'я та якість життя. Варто оцінити готовність пацієнта до змін способу життя для схуднення, спільно обирати стратегії та встановлювати цілі. До стратегій належать модифікація дієти, фізична активність, поведінкова терапія, фармакотерапія та метаболічні операції.

## ДІЄТА, ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ТА ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ

- 5** Призначені для досягнення втрати маси тіла на  $\geq 5\%$  і її підтримки на цьому рівні та рекомендовані для більшості пацієнтів із ЦД2 й  $\text{IMT} \geq 25 \text{ кг/м}^2$ , які готові до схуднення. Користь щодо контролю діабету та зменшення ризику виникнення серцево-судинних подій прямо пропорційна величині схуднення.
- 6** Стратегія передбачає часте консультування ( $\geq 16$  сеансів за 6 місяців) з основним акцентом на досягнення дефіциту енергії 500–750 ккал/день.
- 7** Слід враховувати уподобання, мотивацію, життєві обставини та стан здоров'я пацієнта.
- 8** Зміни поведінки, що створюють дефіцит енергії, призведуть до втрати маси тіла незалежно від складу макронутрієнтів. Відтак, дієта має бути індивідуалізована з урахуванням уподобань і харчових потреб пацієнта.
- 9** Потрібно оцінити системні, структурні та соціально-економічні фактори, які впливають на харчові схеми та вибір їжі, як-от нестача продовольства, голод, доступ до здорового харчування, культурні та соціальні детермінанти здоров'я.
- 10** Пацієнтам, які досягають короткострокових цілей втрати маси тіла, рекомендують тривалі програми підтримки ( $\geq 1$  року), які передбачають як мінімум щомісячний контакт, постійний моніторинг маси тіла та інші стратегії самоконтролю, а також високий рівень фізичної активності (200–300 хв на тиждень).
- 11** Короткотривалі втручання з використанням структурованих дієт із дуже низькою калорійністю (800–1000 ккал/день) можна призначати ретельно відібраним пацієнтам у медичних установах під наглядом фахівців. Для підтримки втрати маси тіла потрібні тривалі комплексні стратегії та консультування.

## ФАРМАКОТЕРАПІЯ

- 12** Обираючи глюкозознижувальні засоби для пацієнтів із ЦД2 та  $\text{IMT} \geq 25 \text{ кг/м}^2$ , слід враховувати їх вплив на масу тіла.

До глюкозознижувальних засобів, при застосуванні яких спостерігається зниження маси тіла різного ступеня, належать метформін, інгібітори  $\alpha$ -глюкозидази, інгібітори натрій-глюкозного котранспортера 2 типу, агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 та аміліноміметики<sup>1</sup>. Інгібітори дипептидилпептидази-4 нейтральні щодо маси тіла. Застосування стимуляторів секреції інсуліну, тiazолідиндіонів та інсуліну часто призводить до збільшення маси тіла.

- 13** Необхідно мінімізувати застосування лікарських засобів для супутніх захворювань, які зумовлюють збільшення маси тіла.

<sup>1</sup> Препарати не зареєстровані в Україні.

Збільшенню маси тіла сприяє прийом антипсихотичних засобів (клозапін, оланзапін, рисперидон), антидепресантів (трициклічні, інгібітори моноаміноксидази, окремі селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну), глюкокортикоїдів, ін'єкційних прогестинів, протисудомних (габапентин, прегабалін), антихолінергічних і седативних антигістамінних засобів.

**14** Препарати для зниження маси тіла ефективні для окремих пацієнтів із ЦД2 та ІМТ  $\geq 27$  кг/м<sup>2</sup> як доповнення до дієти, фізичної активності та змін поведінки з урахуванням їх потенційних переваг і ризиків.

Мета фармакотерапії — допомогти пацієнтам дотримуватися дієтичних рекомендацій, здебільшого шляхом модуляції апетиту або відчуття ситості. Практично усі схвалені для схуднення препарати покращують контроль глікемії у пацієнтів з ЦД2 та сповільнюють його виникнення в осіб з високим ризиком. Фентермін<sup>1</sup> показаний для короткочасного (протягом  $\leq 12$  тижнів) лікування. Для тривалої ( $>12$  тижнів) терапії пацієнтів з ІМТ  $\geq 27$  кг/м<sup>2</sup> та  $\geq 1$  захворюванням, пов'язаним із ожирінням (ЦД2, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія) схвалено 4 препарати: інгібітор ліпази орлістат; комбінація симпатоміметичного аміну з аноректичним протиепілептичним засобом — фентермін/топірамат<sup>1</sup>; комбінація опіоїдного антагоніста й антидепресанта — налтрексон/бупропіон<sup>1</sup>; агоніст рецептора глюкагоноподібного пептиду-1 ліраглутид 3,0 мг.

Лікарі повинні бути обізнані з показаннями, особливостями застосування, протипоказаннями та побічними ефектами цих препаратів, щоб збалансувати переваги успішної втрати маси тіла та потенційні ризики для кожного пацієнта.

Частими побічними ефектами, зумовленими застосуванням орлістату, є біль у животі, метеоризм, нетримання калу. Прийом препарату пов'язаний з мальабсорбцією жиророзчинних вітамінів, циклоспорину, тиреоїдних гормонів, протисудомних засобів; жовчнокам'яною хворобою, нефролітазом, рідкісними випадками тяжкого ураження печінки.

Застосування комбінації фентермін/топірамат асоційоване із запорами, парестезіями, безсонням, назофарингітом, сухістю в роті й артеріальною гіпертензією; може викликати вроджені дефекти, когнітивні порушення та гостру закритокутову глаукому; протипоказане супутнє застосування інгібіторів моноаміноксидази.

Комбінація налтрексон/бупропіон часто викликає запор, нудоту, головний біль, сухість у роті, безсоння, тахікардію та гіпертензію; протипоказання включають неконтрольовану гіпертензію або судоми, постійний прийом опіоїдів, гостру закритокутову глаукому та ризик суїцидальної поведінки.

До побічних ефектів ліраглутиду належать нудота, блювання, діарея, стравохідний рефлюкс, реакції у місці ін'єкції та підвищення частоти серцевих скорочень. Були повідомлення про панкреатит, але причинно-наслідковий зв'язок чітко не встановлений. У пацієнтів із хворобами нирок слід обережно починати лікування та збільшувати дози через потенційний ризик гострого ураження нирок. У гризунів збільшувався ризик розвитку С-клітинних пухлин щитоподібної залози, проте ризик для людини не визначений.

Усі засоби протипоказані під час вагітності та грудного вигодовування. Жінкам дітородного віку під час терапії слід забезпечити надійну контрацепцію.

Оцінку ефективності та безпеки фармакотерапії слід проводити принаймні щомісяця впродовж перших 3 місяців лікування, надалі — щоквартально.

**15** За ефективності фармакотерапії (втрата маси тіла на  $>0,5\%$  після 3 місяців прийому) подальше застосування може сприяти зменшенню маси тіла. У разі втрати пацієнтом  $<5\%$  маси тіла за 3 місяці або значних проблем із безпекою чи переносністю терапію слід припинити та оцінити можливість використання альтернативних засобів або стратегій лікування.

<sup>1</sup> Препарати не зареєстровані в Україні.

## МЕТАБОЛІЧНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ

**16** Рекомендовані для лікування ЦД2 обстеженим кандидатам з  $IMT \geq 40 \text{ кг/м}^2$  та дорослим з  $IMT 35,0\text{--}39,9 \text{ кг/м}^2$ , які не досягли стійкої втрати маси тіла та покращення стану з огляду на супутні захворювання (включно з гіперглікемією) за допомогою нехірургічних методів.

**17** Можуть розглядатися як варіант лікування ЦД2 у дорослих з  $IMT 30,0\text{--}34,9 \text{ кг/м}^2$ , які не досягли стійкої втрати маси тіла та покращення стану з огляду на супутню патологію нехірургічними методами.

Хірургічна зміна анатомії шлунково-кишкового тракту призводить до різкої стійкої втрати маси тіла та істотного покращення гомеостазу глюкози, що оптимізує контроль глікемії та може викликати багаторічну ремісію діабету. Результати рандомізованих контрольованих досліджень вказують на додаткові переваги цієї методики: значне зниження факторів ризику серцево-судинних захворювань, частоти мікросудинних ускладнень діабету та покращення якості життя. У когортних дослідженнях, у яких порівнювали хірургічні та нехірургічні методи, з'ясовано, що процедура знижує віддалену смертність. Більшість операцій у США включають вертикальну рукавну гастректомію та гастрощунтування Roux-en-Y, які істотно зменшують об'єм шлунка та змінюють склад ентероендокринних гормонів. Метаболічні хірургічні втручання дорожчі, ніж нехірургічні стратегії. Проте моделювання та ретроспективний аналіз довели їх економічну ефективність у хворих на ЦД2.

**18** Операції слід проводити у великих спеціалізованих центрах за участю багатoproфільних команд із досвідом шлунково-кишкових втручань та лікування ЦД2.

За останні десятиліття безпека метаболічних хірургічних операцій значно покращилася завдяки впровадженню лапароскопічних методик, високій кваліфікації хірургів та залученню мультидисциплінарних команд. Смертність складає  $0,1\text{--}0,5\%$ , як при холецистектомії або гістеректомії. Серйозні ускладнення та потреба повторних втручань виникають у  $2\text{--}6\%$  пацієнтів; частота менш значущих ускладнень не перевищує  $15\%$ , що менше, ніж при інших планових операціях.

**19** Після операції треба забезпечити тривалу підтримку способу життя, рутинний моніторинг стану мікроелементів і харчування відповідно до рекомендацій національних та міжнародних професійних товариств щодо післяопераційного ведення.

Віддалені наслідки/проблеми включають демпінг-синдром (нудота, кольки, діарея), дефіцит вітамінів і мінералів, анемію, остеопороз, тяжку гіпоглікемію. Дефіцит поживних речовин/мікроелементів і пов'язані з ними ускладнення виникають із різною частотою залежно від типу процедури та потребують довічного моніторингу і прийому вітамінів або харчових добавок. Після операції можливі поява або погіршення депресії, тривоги, суїцидальних думок.



**20** У кандидатів на метаболічну операцію треба оцінювати супутні психологічні стани, а також соціальні та ситуаційні обставини, що можуть вплинути на результати операції.

У хворих на діабет підвищений ризик депресії й інших серйозних психічних розладів. Відтак, кандидатів на метаболічну операцію зі зловживанням алкоголем, тютюном, психоактивними речовинами або з психічними розладами в анамнезі спершу має оглянути фахівець із психічного здоров'я, який має досвід боротьби з ожирінням. Хірургічне втручання слід відкласти, доки ці стани не будуть повністю усунені.

**21** Після перенесеної метаболічної операції пацієнтам показана регулярна оцінка потреби психологічної підтримки, що має на меті сприяти пристосуванню до медичних і психо-соціальних змін після хірургічного втручання.

Алгоритм ведення хворих на діабет із надлишковою масою тіла наведено на рисунку.

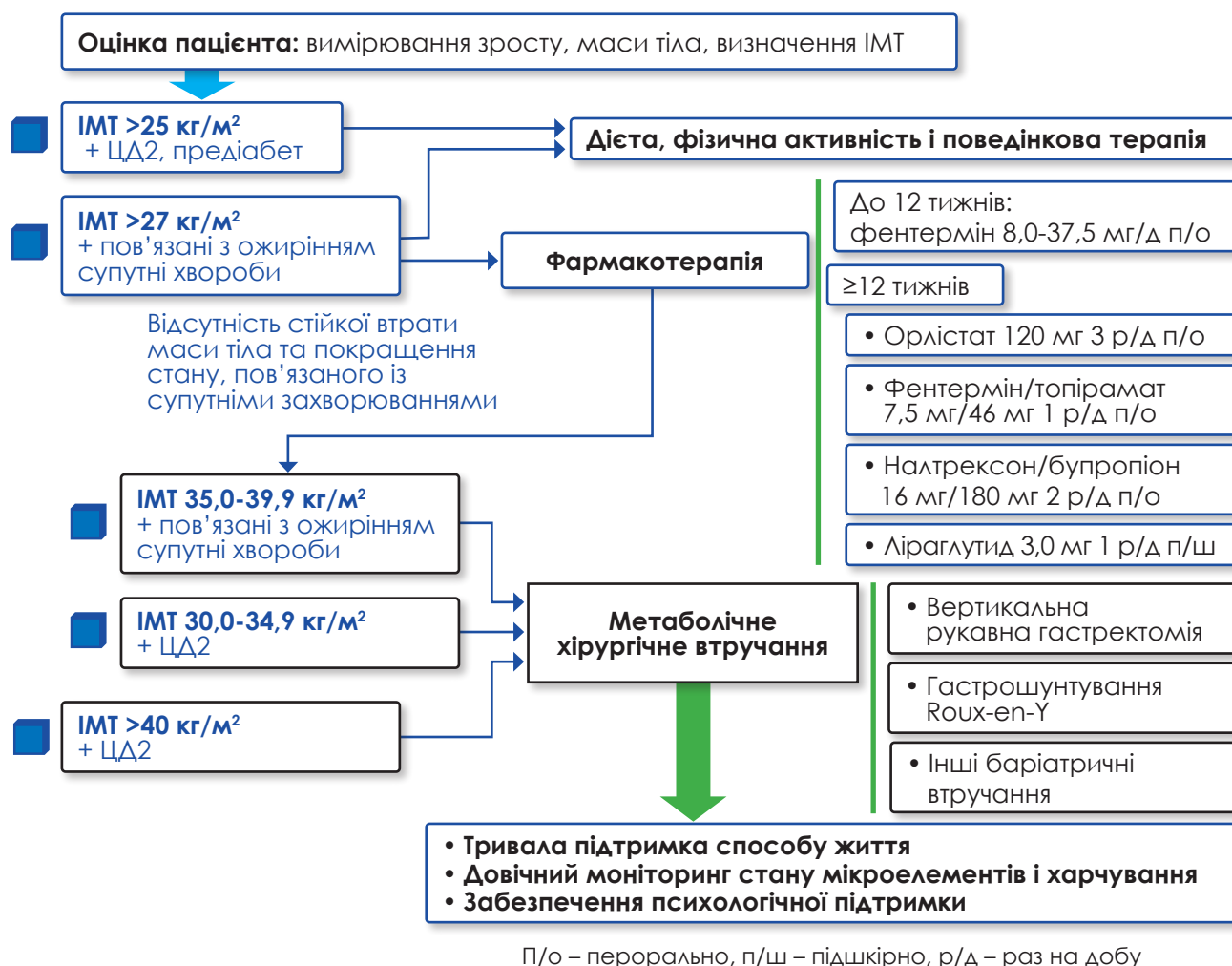


Рис. Ведення пацієнтів із цукровим діабетом і надлишковою масою тіла

# 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 <sup>6</sup> , сертралін <sup>6</sup> , пароксетин, флувоксамін), інгібітори моноаміноксидази (фенелзин, траніципромін) | Бупропіон <sup>3</sup> , флуоксетин, сертралін                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                           | Стабілізатори настрою       | Препарати літію                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Топірамат <sup>3а</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Неврологія                | Антиконвульсанти            | Карбамазепін, габапентин, вальпроат                                                                                                                                                                                                                                                               | Ламотриджин <sup>6б</sup> , топірамат <sup>3</sup> , зонісамід                                                                                                                                                                                                                                               |
|                           | Снодійні засоби             | Дифенгідраміновмісні безрецептурні засоби, міртазепін, тразодон <sup>6</sup>                                                                                                                                                                                                                      | Мелатонін, бензодіазепіни                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Ендокринологія            | Протидіабетичні засоби      | Інсулін, препарати сульфонілсечовини, тіазолідиндіони, ситагліптин <sup>6</sup> , меглітиніди                                                                                                                                                                                                     | Метформін <sup>3</sup> , акарбоз <sup>3</sup> , міглітол, прамлінгид <sup>3</sup> , ексенатид <sup>3</sup> , дулаглутид <sup>3</sup> , ліраглутид <sup>3</sup> , семаглутид <sup>3</sup> , канагліфлозин <sup>3</sup> , дапагліфлозин <sup>3</sup> , емпагліфлозин <sup>3</sup> , ертугліфлозин <sup>3</sup> |
| 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 <sup>6</sup> , блокатори β-адренорецепторів <sup>6</sup>                                                                                                                                                                                                             | Карведилол <sup>6</sup> , ІАПФ <sup>6</sup> , БКК <sup>6</sup> , БРА                                                                                                                                                                                                                                         |
| Алергологія та імунологія | Антигістамінні засоби       | Дифенгідрамін, цетиризин <sup>6</sup> , левоцетиризин <sup>6</sup> , фексофенадин <sup>6</sup> , доксерін <sup>6</sup> , ципрогептадин <sup>6</sup> , кортикостероїди                                                                                                                             | Лоратадин, деконгестанти                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                           | Імунодепресанти             | Кортикостероїди                                                                                                                                                                                                                                                                                   | НПЗП, стероїдні інгалятори <sup>6</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Інфекційні хвороби        | Антиретровірусні засоби     | Інгібітори протеази                                                                                                                                                                                                                                                                               | Відсутні                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Примітки: <sup>а</sup> препарати, здатні знижувати масу тіла; <sup>б</sup> 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 ( $\leq 150$  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  $\text{IMT} \geq 30 \text{ кг/м}^2$  або особам з  $\text{IMT} \geq 27 \text{ кг/м}^2$  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  $\geq 40$  кг/м<sup>2</sup> або з ІМТ  $> 35$  кг/м<sup>2</sup> 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,  $\geq 3$  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.

# ДЕІНТЕНСИФІКАЦІЯ ЦУКРОЗНИЖУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ: ЯК? КОМУ? КОЛИ?

Переклала та адаптувала  
канд. мед. наук Тетяна Можина



Цукровий діабет (ЦД) є одним із найпоширеніших у світі хронічних захворювань, що призводить до виникнення серйозних порушень стану здоров'я та супроводжується значними економічними витратами. Поширеність ЦД 2 типу надзвичайно висока серед осіб літнього віку та, за прогнозами експертів, продовжуватиме зростати через збільшення тривалості життя (Ogurtsova K. et al., 2017).

Етапність лікування ЦД 2 типу добре відома. У зв'язку з неухильним прогресуванням захворювання вона передбачає інтенсифікацію терапії, тобто призначення комбінації декількох пероральних цукрознижувальних препаратів (ЦЗП) та інсуліну, як правило, за базально-болусною (ББ) схемою. Наступним кроком, який роблять за умови зниження інсулінорезистентності, є спрощення або пом'якшення цукрознижувальної терапії, тобто її деінтенсифікація. У яких випадках слід жорстко контролювати рівень глікемії за допомогою багаторазових ін'єкцій інсуліну, а коли можна почати деінтенсифікацію? У цьому огляді спробуємо дати відповіді на ці та інші запитання, ґрунтуючись на сучасних рекомендаціях Американської діабетологічної асоціації (ADA), Європейської асоціації з вивчення діабету (EASD) й Угорської діабетологічної асоціації.



## У ЯКИХ ВИПАДКАХ НЕОБХІДНО ПРИЗНАЧАТИ ІНСУЛІН ПАЦІЄНТУ З ЦД 2 ТИПУ?

— Згідно з останніми рекомендаціями ADA «Фармакологічні підходи до контролю глікемії» (2021), слід негайно призначити інсулін хворим на ЦД 2 типу за наявності симптомів/ознак катаболізму, що свідчать про дефіцит інсуліну: втрата маси тіла, поліурія, полідипсія. Експерти ADA (2021) наголошують, що інсулін має бути першим ін'єкційним препаратом у пацієнтів з дуже високим рівнем глікозильованого гемоглобіну ( $HbA_{1c}$ ;  $>10\%$ ) або значною гіперглікемією ( $>16,7$  ммоль/л).



## ЯКА ОСНОВНА МЕТА ЛІКУВАННЯ ЦД 2 ТИПУ?

— В останніх рекомендаціях ADA та EASD підкреслюється, що досягнення жорсткого контролю глікемії у вигляді підтримання цільового рівня  $HbA_{1c} \leq 7\%$  в усіх хворих на ЦД 2 типу не є метою фармако-терапії. Доведено, що така тактика має декілька переваг щодо діабетичної ретинопатії, але не ефективна стосовно кінцевих серцево-судинних точок і здатна викликати несприятливі події унаслідок гіпоглікемічних станів, особливо у пацієнтів літнього віку (Davies M. et al., 2018). Лікування має бути

спрямоване на зниження ризику розвитку ускладнень ЦД 2 типу за мінімізації шкоди, пов'язаної з терапією, і, таким чином, збільшення тривалості життя та його якості (ADA, 2021; EASD, 2019). Інколи досягнення цільового рівня  $HbA_{1c} \leq 7\%$ , особливо в осіб літнього віку, асоціюється з мінімальною потенційною користю та підвищеним ризиком негативних наслідків на тлі можливої невеликої тривалості життя порівняно з періодом, необхідним для отримання клінічних переваг (McAlister F. et al., 2016).

Саме тому експерти ADA, EASD наголошують на доцільності індивідуального визначення цільового рівня  $HbA_{1c}$  у межах від  $<7,0$  до  $<8,5\%$ , особливо в осіб літнього віку з урахуванням ризику розвитку гіпоглікемії, старечої астениї та соціальної дезадаптації (ADA, 2021; Davies M. et al., 2018). Зокрема, фахівці ADA (2021) рекомендують встановлювати цільовий рівень  $HbA_{1c}$  для пацієнтів літнього віку з урахуванням загального стану та ступеня компенсації супутніх захворювань. Якщо пацієнт літнього віку практично здоровий, має невелику кількість хронічних видів патології та збережену когнітивну функцію, то рекомендований цільовий показник  $HbA_{1c}$  може становити  $<7,0-7,5\%$ . За наявності великої кількості супутніх хронічних хвороб, посереднього стану здоров'я та незначних/помірних когнітивних порушень, які дещо скорочують очікувану середню тривалість життя, збільшують імовірність гіпоглікемії та ризик падінь, експерти ADA (2021) пропонують підвищити цільовий рівень  $HbA_{1c}$  до  $<8,0\%$ . В осіб похилого віку з багатьма супутніми захворюваннями, незадовільним станом здоров'я, помірно тяжкими/тяжкими когнітивними порушеннями й короткою очікуваною тривалістю життя фахівці ADA (2021) не рекомендують брати за основу певний рівень  $HbA_{1c}$  під час ухвалення рішення щодо контролю вмісту глюкози; лікування таких пацієнтів має бути спрямоване на уникнення епізодів гіпоглікемії та симптомної гіперглікемії. Слід зауважити, що експерти ADA (2021) підкреслюють потенційну шкоду зниження рівня  $HbA_{1c} < 6,5\%$  у літніх пацієнтів із ЦД 2 типу.



**КОЖЕН ЛІКАР БАЖАЄ БУТИ ПЕВНЕНИМ, ЩО ПРИЗНАЧЕНЕ ЛІКУВАННЯ ДІЯТИМЕ ТІЛЬКИ НА КОРИСТЬ. КОЛИ ББ-ІНСУЛІНОТЕРАПІЯ МОЖЕ БУТИ РОЗЦІНЕНА ЯК НАДМІРНЕ ЛІКУВАННЯ?**

— Протягом останніх років формується поняття надмірної цукрознижувальної терапії як варіанта неадекватного контролю ЦД 2 типу, при якому

досягнення бажаних цільових значень не відповідає клінічній значущості, а потенційна шкода наслідків такого лікування перевищує можливу користь. За даними зарубіжних авторів, надмірна терапія є поширеним явищем у клінічній практиці: кожен десятий хворий літнього віку із ЦД 2 типу отримує надвисокі дози ЦЗП, а кожен четвертий пацієнт похилого віку потребує модифікації ББ-інсулінотерапії (Sonmez A. et al., 2020). Водночас лікарі схильні інтенсифікувати призначення ЦЗП та ігнорувати потребу в деінтенсифікації лікування (Sonmez A. et al., 2020).



**У ЧОМУ ПРИЧИНА НАДМІРНОГО ЛІКУВАННЯ? КОЛИ СЛІД РОЗГЛЯНУТИ СПРОЩЕННЯ РЕЖИМУ ББ-ІНСУЛІНОТЕРАПІЇ?**

— Основними причинами надмірного лікування ЦД 2 типу є властивості інсуліну. Порівняно з іншими ЦЗП інсулін здатний знизити рівень глікемії в дуже широкому діапазоні залежно від обраного дозування (Jermendy G. et al., 2017; Sonmez A. et al., 2020). Поширеними побічними ефектами інсулінотерапії є епізоди гіпоглікемії та їх негативні наслідки. З часом на тлі ББ-інсулінотерапії явища глюкостоксичності зникають, що дає змогу спростити комплексну схему лікування, яку застосовували спочатку. Але рекомендації щодо деінтенсифікації чітко не сформульовані, і багато пацієнтів роками отримують надмірне лікування ЦД (Jermendy G. et al., 2017; Sonmez A. et al., 2020).

Надмірне лікування також можливе у разі досягнення хворими тривалого контролю глікемії в межах цільового діапазону за допомогою надмірно складної схеми інсулінотерапії. Це призводить до значних економічних витрат і погіршення якості життя порівняно із застосуванням простіших альтернативних схем, які забезпечують той самий контроль глікемії (Sonmez A. et al., 2020; Taybani Z. et al., 2019).



**ЗА ЯКИМИ ПОКАЗНИКАМИ СЛІД КОНТРОЛЮВАТИ СТАН ХВОРИХ НА ЦД 2 ТИПУ, ОСОБЛИВО ТИХ, ЯКІ ПРИЙМАЮТЬ ББ-ІНСУЛІН?**

— Основним показником, за яким визначають ступінь компенсації ЦД, є вміст  $HbA_{1c}$ , непрямої показник середнього рівня глікемії протягом останніх 2–3 місяців. Незважаючи на деякі недоліки, саме вміст  $HbA_{1c}$  є тим показником, за яким приймається рішення щодо корекції медикаментозної терапії ЦД (ADA, 2021; EASD, 2019).

Ще одним значущим маркером контролю глікемії при проведенні ББ-інсулінотерапії є С-пептид. Утворившись у  $\beta$ -клітинах підшлункової залози після перетворення проінсуліну в активний інсулін, С-пептид надходить у кров разом з інсуліном в однаковій кількості з ним. Хоча С-пептид позбавлений біологічної активності, за його сироватковою концентрацією можна дуже точно оцінити рівень секреції власного, ендогенного інсуліну. За даними Z. Taybani та співавт. (2019), вміст рандомно визначеного С-пептиду в сироватці крові не натще становить  $\geq 1,1$  нг/мл у дорослих із ЦД 2 типу, які отримують низькі дози інсуліну (загальна доза інсуліну  $\leq 0,6$  МО/кг маси тіла або  $\leq 70$  МО/добу) та мають рівень  $HbA_{1c} \leq 7,5\%$ , вказує на наявність певної ендогенної секреції інсуліну та може стати приводом для спрощення складних схем інсулінотерапії.



### ЯКИМИ РЕКОМЕНДАЦІЯМИ СЛІД КЕРУВАТИСЯ ПРИ ДЕІНТЕНСИФІКАЦІЇ ТЕРАПІЇ? ЗГІДНО З ЯКИМИ КРИТЕРІЯМИ ПРОВОДИТИ СПРОЩЕННЯ?

— Нині погляди на деінтенсифікацію ББ-інсулінотерапії тільки починають формуватися. Експерти вважають її наступним кроком у веденні пацієнтів з надмірною цукрознижувальною терапією, що дозволяє усунути поліпрагмазію, запобігти її негативним клінічним наслідкам і значно знизити прямі витрати на лікування (Farrell B. et al., 2017; Taybani Z. et al., 2019).

Канадські практичні рекомендації щодо деінтенсифікації терапії передбачають зниження доз ЦЗП, перехід на більш безпечні ліки чи припинення

прийому лікарського засобу (Farrell B. et al., 2017). Згідно з зазначеними рекомендаціями, деінтенсифікацію слід проводити у пацієнтів віком від 65 років, які отримують  $\geq 1$  ЦЗП для лікування ЦД 2 типу та відповідають  $\geq 1$  з таких критеріїв:

- належність до групи ризику гіпоглікемії (внаслідок похилого віку, надмірно інтенсивного контролю глікемії, множинних супутніх захворювань, лікарських взаємодій, гіпоглікемії в анамнезі або відсутності розпізнавання гіпоглікемії, порушення функції нирок, прийому препаратів сульфонілсечовини/інсуліну);
- імовірність виникнення інших побічних ефектів ЦЗП;
- невизначеність переваг терапії внаслідок ослабленості, деменції або обмеженої тривалості життя (Farrell B. et al., 2017).



### ЯКИМ ЧИНОМ СЛІД ПРОВОДИТИ ДЕІНТЕНСИФІКАЦІЮ ББ-ІНСУЛІНОТЕРАПІЇ?

— Різні міжнародні фахові спільноти пропонують різні підходи до деінтенсифікації ББ-інсулінотерапії. Так, у чинних рекомендаціях ADA (2021) міститься окремий розділ щодо лікування ЦД 2 типу у пацієнтів похилого віку та запропоновано спеціальний алгоритм спрощення ББ-інсулінотерапії, що ґрунтується на покроковій корекції дози базального та прандіального інсуліну залежно від рівня глікемії.

У настановах Угорської діабетичної асоціації (2020) також наголошується доцільність деінтенсифікації цукрознижувальної терапії із застосуванням простішого підходу (рис. 1). На думку угорських

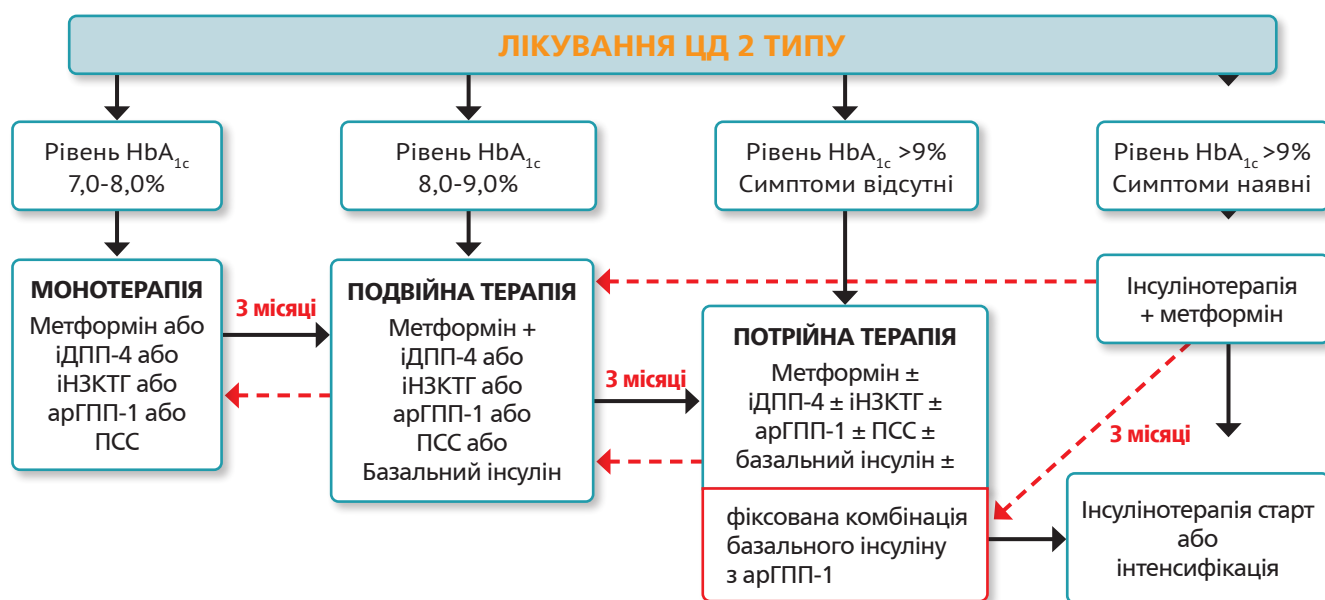


Рис. 1. Рекомендації Угорської діабетичної асоціації щодо лікування ЦД 2 типу (2020); іДПП-4 — інгібітори дипептилпептидази-4; ІНЗКТГ — інгібітори натрійзалежного котранспортера глюкози 2 типу; ПСС — препарати сульфонілсечовини

експертів, спрощення ББ-інсулінотерапії можна досягти шляхом використання фіксованої комбінації базального інсуліну з агоністом рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (арГПП-1).



### ЧИ Є ПРАКТИЧНІ ПРИКЛАДИ ДЕІНТЕНСИФІКАЦІЇ?

— Яскравим прикладом успішного застосування деінтенсифікації є рандомізоване клінічне дослідження Z. Taybani та співавт. (2019), у якому пацієнтів, котрі отримували ББ-інсулінотерапію ± метформін, переводили на фіксовану комбінацію базального інсуліну деглюдек та ліраглутиду (ІдегЛіра, Ксалтофай). Основними вимогами до проведення деінтенсифікації були рівень С-пептиду натще  $\geq 1,1$  нг/мл (норма  $1,1-4,1$  нг/мл), задовільний контроль глікемії (концентрація  $HbA_{1c} \leq 7,5\%$ ) та порівняно низька добова доза інсуліну ( $\leq 70$  ОД/добу, або  $\leq 0,6$  ОД/кг на добу). У дослідженні брали участь пацієнти, які приймали надмірно високі дози ЦЗП і мали тяжку/повторну симптомну гіпоглікемію протягом 1 місяця до початкового візиту при застосуванні добової дози інсуліну  $\leq 70$  ОД/добу й отримували інсулін у дозі  $0,6-0,8$  ОД/кг на добу.



### ЧИ НЕОБХІДНО ПРОДОВЖУВАТИ ВВЕДЕННЯ БАЗАЛЬНОГО ІНСУЛІНУ ПРИ ПРИЗНАЧЕННІ ІдегЛіра? З ЯКОЇ ДОЗИ ІдегЛіра СЛІД ПОЧИНАТИ ДЕІНТЕНСИФІКАЦІЮ?

— На думку Z. Taybani та співавт. (2019), деінтенсифікацію слід починати з відміни базального інсуліну та введення ІдегЛіра (Ксалтофай) зі стартової дози у кількості 16 кроків дози з подальшим титруванням по 2 кроки дози через кожні 3 дні до досягнення цільового діапазону глікемії натще

5–6 ммоль/л. У цьому дослідженні ІдегЛіра (Ксалтофай) вводили підшкірно 1 раз на добу у будь-який час, а прийом метформіну починали/продовжували та титрували від 500 мг на тиждень до 3000 мг або до досягнення максимально допустимої дози. Під час проведення деінтенсифікації пацієнтів просили вимірювати рівень цукру в крові двічі на день у визначений час (натще і перед обідом/вечерею).



### ЯКИХ КЛІНІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ МОЖНА ОЧІКУВАТИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ДЕІНТЕНСИФІКАЦІЇ ББ-ІНСУЛІНОТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ КСАЛТОФАЙ?

— Z. Taybani та співавт. (2019), які спостерігали за станом пацієнтів протягом у середньому 99,2 доби, відзначили вірогідне зниження вмісту  $HbA_{1c}$  на  $0,3\%$  (середні значення після завершення дослідження  $6,12 \pm 0,65\%$ ;  $p < 0,0001$ ), маси тіла на  $3,11$  кг ( $90,7 \pm 19,12$  кг;  $p < 0,0001$ ), індексу маси тіла ( $32,39 \pm 6,71$  кг/м<sup>2</sup>;  $p < 0,0001$ ) порівняно з показниками до початку деінтенсифікації з використанням ІдегЛіра (Ксалтофай; рис. 2).

Через 3 місяці лікування середня доза ІдегЛіра (Ксалтофай) становила лише  $20,76 \pm 6,6$  ОД, а середня потреба в інсуліні знизилася до  $0,23 \pm 0,08$  ОД/кг.



### ЧИ СУПРОВОДЖУВАЛОСЯ ПРОВЕДЕННЯ ДЕІНТЕНСИФІКАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ІдегЛіра (КСАЛТОФАЙ) ЕПІЗОДАМИ ГІПОГЛІКЕМІЇ?

— Z. Taybani та співавт. (2019) відзначили хорошу переносимість і високу безпечність комбінованої терапії ІдегЛіра (Ксалтофай) ± метформін.

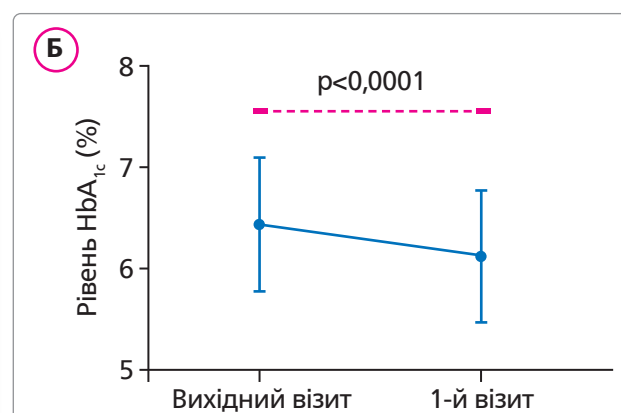
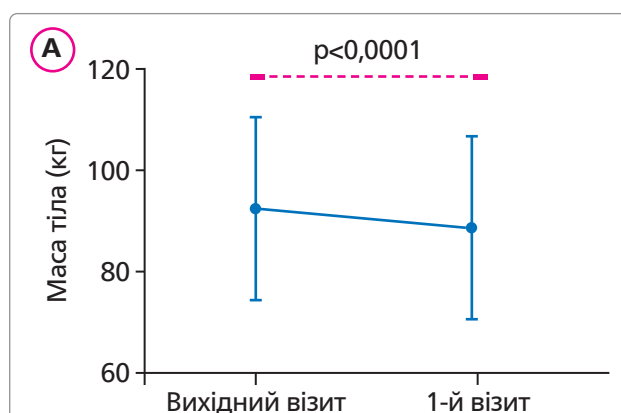
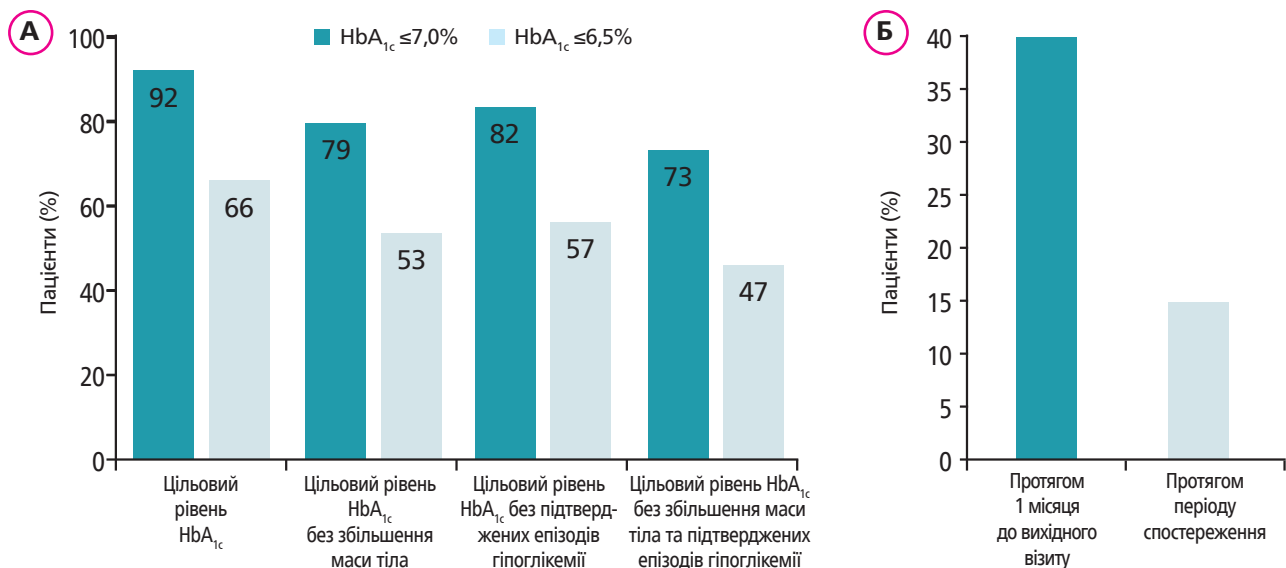


Рис. 2. Результати деінтенсифікації ББ-інсулінотерапії з використанням ІдегЛіра (Ксалтофай) протягом 3 місяців: А — маса тіла; Б — рівень  $HbA_{1c}$  (Taybani Z. et al., 2019)



**Рис. 3. Безпечність деінтенсифікації ББ-інсулінотерапії з використанням ІДегЛіра (Taybani Z. et al., 2019):**  
**А** — частка пацієнтів, які досягли різних цільових показників глікемії на момент 1-го візиту;  
**Б** — частка пацієнтів, які мали щонайменше 1 епізод підтвердженої/симптомної гіпоглікемії

Використання ББ-інсулінотерапії протягом 1 місяця до включення в дослідження спровокувало виникнення принаймні одного епізоду підтвердженої/симптомної гіпоглікемії (<3,9 ммоль/л) у 28 (45,0%) пацієнтів, тоді як під час 3-місячного спостереження на тлі використання ІДегЛіра (Ксалтофай) ± метформін лише 6 (9,67%) хворих відзначили 13 підтверджених епізодів (рис. 3).

Таким чином, у повсякденній клінічній практиці деінтенсифікація ББ-інсулінотерапії з використанням фіксованої комбінації ІДегЛіра (Ксалтофай)

у пацієнтів із добре контрольованим ЦД 2 типу є безпечною. Застосування ІДегЛіра (Ксалтофай) сприяє порівнянню з ББ-інсулінотерапією чи кращому контролю глікемії, а також істотно зменшує потребу в інсуліні. Використання ІДегЛіра (Ксалтофай) може супроводжуватися зменшенням маси тіла та індексу маси тіла. Зазначене спрощення схеми ББ-інсулінотерапії у вигляді її деінтенсифікації зменшує вартість і дозволяє покращити прихильність до терапії завдяки введенню препарату лише один раз на добу.

## Література

- Farrell B., Black C., Thompson W. et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons. *Canadian Family Physician*. 2017; 63(11): 832–843.
- Taybani Z., Bótyk B., Katkó M. et al. Simplifying Complex Insulin Regimens While Preserving Good Glycemic Control in Type 2 Diabetes. *Diabetes Ther.* 2019; 10: 1869–1878. <https://doi.org/10.1007/s13300-019-0673-8>.
- Jermendy G., Gaál Z., Gerő L., Hidvégi T. et al. Clinical practice guideline — diagnosis, antihyperglycaemic treatment and care of patients with diabetes in adulthood. *Diabetol Hungar.* 2017; 25(1): 3–77.
- Sonmez A., Tasci I., Demirci I. et al. A Cross-Sectional Study of Overtreatment and Deintensification of Antidiabetic and Antihypertensive Medications in Diabetes Mellitus: The TEMD Overtreatment Study. *Diabetes Ther.* 2020; 11: 1045–1059. <https://doi.org/10.1007/s13300-020-00779-0>.
- Boussageon R., Bejan-Angoulvant T., Saadatian-Elahi M. et al. Guidelines Abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for Improving the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus: 2013 Update. *J Am Geriatr Soc.* 2013; 61(11): 2020–2026. <https://doi.org/10.1111/jgs.12514>.
- Davies M.J., D'Alessio D.A., Fradkin J. et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia.* 2018; 61(12): 2461–2498. <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4729-5>.
- McAlister F.A., Youngson E., Eurich D. T. Treated glycosylated hemoglobin levels in individuals with diabetes mellitus vary little by health status: a retrospective cohort study. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95(24): e3894.
- Davies M.J., D'Alessio D.A., Fradkin J. et al. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia.* 2018; 2018(61): 2461–2498.
- Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *American Diabetes Association. Diabetes Care.* 2021 Jan; 44(suppl. 1): S111–S124. <https://doi.org/10.2337/dc21-S009>.
- Hogan P., Dall T., Nikolov P. et al. Economic costs of diabetes in the US in 2002. *Diabetes Care.* 2003; 26: 917–932.
- Ogurtsova K., da Rocha Fernandes J. D., Huang Y. et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017; 128: 40–50. [https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3172/fajlok/2020\\_EuK\\_12\\_szam\\_EMMI\\_iranyelv\\_4.pdf](https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3172/fajlok/2020_EuK_12_szam_EMMI_iranyelv_4.pdf).
- Buse J. B., Wexler D. J., Tsapas A. et al. 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia.* 2020; 63: 221–228. <https://doi.org/10.1007/s00125-019-05039-w>.

# Від Венери до Наомі

Історичними епохами мандрувала Владислава Зінченко

- Як змінювалися уявлення суспільства про красу та здоров'я тіла?
- Чому між надлишковою масою тіла та шансами на виживання століттями встановлювали знак рівності?
- Музи Рубенса й сучасні insta-діви: хто переміг би у beauty-поєдинку епох?
- Які естетичні ідеали та канони панували в мистецтві й літературі залежно від рівня розвитку цивілізації, культури, філософії, клімату?
- Запрошуємо у віртуальну артмандрівку сторінками історії, яка доведе: ніщо не було настільки суб'єктивним і не змінювалося так часто, як визначення норми краси людського тіла.

Дефіцит їжі протягом більшої частини історії людства сформував хибне переконання, що вагова категорія «у тілі» — безперечна перевага. Зазирнімо у період **палеоліту**: про того-часні уподобання легко зробити висновки на основі археологічних знахідок. Зокрема, їх відображає невеличка статуетка, виявлена 1908 року в Австрії в одному з давніх поховань і датована 29 500 роком до н. е. Ймовірно, найстаріша з відомих людських фігурок — невисока оголена жінка з пишним бюстом, стегнами й округлим животом — отримала назву **Венера Віллендорфська**. Вона вважалася символом міцного здоров'я, плодючості, краси, достатку і використовувалася як талісман.

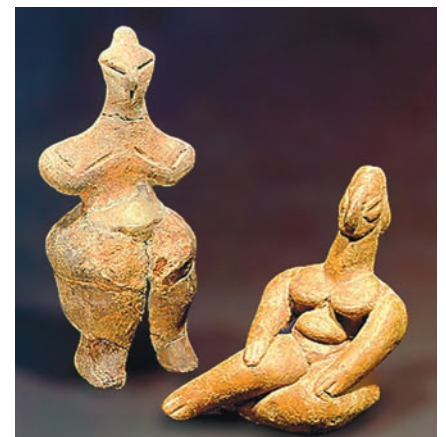


Фігурка Венери Віллендорфської

У суворі часи, коли наявність вечері визначали дешиця удачі на полюванні й примхи погоди, здатність швидко накопичувати жир практично прирівнювалася до шансу вижити. Детальний аналіз результатів археологічних розкопок А. А. Pontius (1986) продемонстрував, що існували два типи ожиріння: абдомінальне, пов'язане із патологічними процесами й малорухливим способом життя, та сідничне, яке забезпечувало тимчасове збереження енергії (на кшталт верблюдаго горба).

Епоха **неоліту** ознаменувалася змінами у землеробстві, започаткуванням тваринництва, появою свійських тварин (прирученням диких). Раціон істотно збагатився, хоч і продовжував залежати від сезонності, а добування їжі вже не вимагало надто тяжких зусиль. Спосіб життя людей епохи неоліту став більш осілим. Знайдена у Греції глиняна фігурка, датована V тисячоліттям до н. е., ілюструє, що жінку сприймали як берегиню роду, її основну місію вбачали у материнстві, а оптимальними вважалися об'єми, далекі від звичних нам «90–60–90». Фігурки періоду неоліту демонструють чіткі ознаки ожиріння — повні ноги, надмірно округлий живіт, зміщення пропорції тіла у бік нижньої частини.

Кардинально інші думки стосовно ожиріння та його наслідків почали лунаати за часів **Давніх Греції та Риму і Візантійської імперії**. Корнелій Цельс, Педаній Діоскорид, Соран Ефеський, Целій Авреліан, Орібазій та інші видатні автори присвячували наукові трактати причинам, проявам і лікуванню ожиріння. Вони наполягали на помірності й збалансованості споживання їжі та рідин, розумному харчуванні. З іменем Сорана Ефеського пов'язані перші задокументовані спроби знизити масу тіла хворих. Він призначав еліксири, що містили проносні та очищувальні компоненти, жар, масаж і фізичні вправи. З невеликими змінами такий підхід до лікування ожиріння використовували понад тисячу років.



Фігурки жінок з Athanassakeion Archaeological Museum (м. Волос, Греція)

Новаторською ідеєю епохи стало закладання основ дієти, що відома нам як середземноморська. Раціон харчування, насичений корисними жирами (олівкова олія), рибою, овочами та фруктами (інжир, виноград), бобовими, горіхами, наразі вважається надбанням людства й отримав статус нематеріальної культурної спадщини ЮНЕСКО.



#### Формула середземноморської дієти

Неоднозначна, яскрава, своєрідна — такою виявилася епоха Відродження і Реформації. На більшості релігійних фресок — пухленькі ангели й діти, на полотнах геніїв — пишні форми як свідчення фізичного здоров'я та легкого, веселого характеру, достатку, життєвих сил. Жінками з точеною фігурою, звабливим бюстом і широкими стегнами захоплювалися, огрядних чоловіків вважали величними й могутніми, представниками вищого класу суспільства.

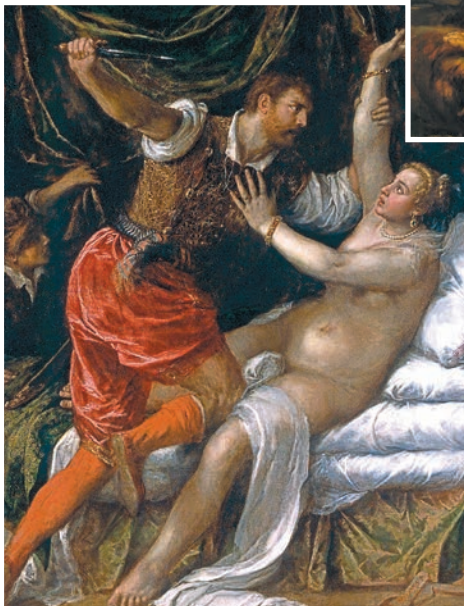
Стереотипи й шаблони стосовно маси тіла панували і в літературі. Товстунів частіше зображали радісними й милими, наділяли люб'язністю, доброзичливістю, ввічливістю, а худорлявих — інтровертами й скнарами, байдужими й черствими персонажами. (Мабуть, відлунням є популярний приклад зіставлення — різдвяні символи Санта Клауса та дядечко Скрудж.)

Краще, ніж слова, дух епох відтворюють шедеври Мікеланджело, Тіціана, Рубенса, Дієго Веласкеса, П'єра Огюста Ренуара й ін.

Шедеври Гете й детективи Едгара По, симфонії Бетховена, зведення Ейфелевої вежі, перший кіносеанс — XIX століття увійшло в історію перш за все як період інновацій, індустріалізації, урбанізації. Промислова революція 1850-х рр. спростила доступ



«Три грації», Рубенс



«Тарквіній і Лукреція», Тіціан

населення до білого цукру та борошна, машини поступово змінювали людей на заводах і фабриках, нові технології допомагали скоротити час важкої фізичної праці. Завдяки корисним винаходам — появі електрики, кухонної плити, технологій охолодження



«Флора», Тіціан



«Вакх», Рубенс



«Портрет дворянина (тосканський генерал Алессандро дель Борро)», Чарльз Меллін (авторство не доведене)

й пакування, що довго зберігали продукти свіжими, можливостей поласувати смачними стравами ставало більше, а руху — менше. Показники маси тіла в популяції вперто зростали.

У цей період канадський лікар Вільям Ослер вперше описав поєднання вираженого ожиріння та труднощів з диханням. За аналогією зі станом здоров'я одного з героїв книги «Посмертні записки Піквікського клубу» він назвав порушення синдромом Піквіка. «Ожиріння — це вада переїдання, що більш поширена, ніж надмірне споживання алкоголю, й лише трохи поступається йому за катастрофічними наслідками», — застерігав науковець. Однак його попередження, як і виступи деяких колег-однодумців, що підкреслювали небезпеку ожиріння, залишалися поодинокими голосами без належної уваги й підтримки медичної спільноти ще кілька десятиліть.

На тлі війни, Великої депресії, нестачі їжі (лозунг передвиборчої агітаційної кампанії кандидата у президенти США Герберта Гувера — «Курка в кожній каструлі, автомобіль у кожному гаражі») проблеми надлишкової маси тіла знову були не на часі. До речі, і Герберт Гувер, і його колеги «по цеху» Уліс Грант, Гровер Клівленд, Вільям Тафт вирізнялися досить масивною статуєю. Наприклад, маса тіла президента Вільяма Говарда



**Вільям Говард Тафт,  
27-й президент США**

Тафта при зрості 180 см складала 154 кг, а індекс маси тіла перевищував 45. Кілька разів він застрягав у ванні Білого дому, аж доки на спецзамовлення не виготовили таку, що за габаритами могла вмістити 4 осіб. Чоловік потерпав від надзвичайної втоми, вираженого синдрому обструктивного апное сну, артеріальної гіпертензії, розладів роботи серця, непереборної сонливості, через яку мимоволі засилав під час церковної служби, гри у гольф, ділових перемовин.

У мистецтві XX століття поступово з'являлися герої з астеничним і нормостеничним типом будови тіла, витісняючи юних рум'янощок дівчат, яких у народі описують висловом «кров із молоком».

Ототожнювати зайві кілограми та сантиметри з еталоном краси й здоров'я припинили лише в середині XX століття. Все раптово змінилося. Вчені відкрили насичені жири, трансжири, підтвердили їх зв'язок із метаболічними розладами, порушенням роботи серця та судин, цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією, передчасною смертю. Люди з пишними формами різко зникли зі сторінок друкованих видань, поступившись місцем струнким (а деколи й навіть відверто виснаженим) жінкам і чоловікам. Художники більше не черпали натхнення у масивному тілі, а вдавалися до його використання переважно у негативному контексті, щоб продемонструвати конфлікт між особистістю й соціумом, зобразити бідність, розчарування, нещастя. Виникла стигматизація товстунів. До культового рівня звели фігуру «пісочний годинник» (Мерилін Монро), образ Бриджит Бардо.

Палива у багаття додала поява на подіумі у 1960-х рр. Леслі Горнбі, англійської супермоделі, відомої як Твіггі (від Twig — тростинка, тонка, тендітна). Аж надто струнка, з розміром грудей 32А, вона увірвалася у світ моди як ікона стилю, а у серця підлітків — як еталон краси і приклад для наслідування. Світ охопила жага схуднення.



**«Купчиха», Борис Кустодієв**



**«Російська Венера»,  
Борис Кустодієв**



**Робота Фернандо Ботеро**

Тенденції торкнулися навіть іміджу президентів — статура Кеннеді, Ніксона, Рейгана і Буша різко контрастувала з такою неповоротких попередників. Запанував тренд на підтягнутість, атлетичність, жвавість рухів, енергійність, хороше самопочуття. Амбасадором дієтичного контролю ожиріння став Білл Клінтон, який позбувся більше 20 кг завдяки вегетаріанській дієті.

Переламний момент: ожиріння як проблему почали розглядати



**Супермодель Твіггі**

не лише з точки зору естетики, а й через призму наслідків для здоров'я.

### Ожиріння: від ознаки достатку до хвороби

Вік ожиріння як хвороби з підтвердженими негативними ускладненнями — менше століття. У 1948 році Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила ожиріння захворюванням («побічний ефект еволюційного процесу»). Зараз його класифікують як глобальну епідемію, а ускладнення ожиріння називають «бомбою, котру слід знешкодити».

Серед людей із ожирінням спостерігається вища частота таких патологічних станів, як порушення обміну речовин, артрит, хвороби легень, катаракта, обмеження рухомості, злаякісні новоутворення; рівнів інвалідизації й смертності. Надлишкова маса тіла обтяжує хворих не тільки буквально: вона провокує підвищення ризику появи когнітивних порушень у похилому віці. Вкрай небезпечним визнаний тандем ожиріння з метаболічними порушеннями, м'язовою слабкістю й депресією. Влучно щодо цього висловився Арнолд Глазгоу, американський вчений: «Тіло — багаж, який несеш усе життя. Чим він важчий, тим коротша подорож».



**Індіанці піма** (резервація поблизу річки Хіла, Арізона, США)

Тисячоліттями гладкі люди сприймалися як везунчики, наділені природою надможливостями для виживання. Проте на прикладі індіанців піма дослідники продемонстрували: здатність накопичувати жир зіграла з представниками етнічної меншини злий жарт. Колись вправні досвідчені воїни, які здобували собі їжу в засушливій пустелі Арізони, після запровадження вестернізованого типу харчування й скорочення фізичної активності піма зіткнулися з небезпечними наслідками. Наразі у їхній резервації фіксується найвища поширеність ожиріння та цукрового діабету 2 типу серед усіх (!) етнічних груп у світі.

Науковці замислилися: який із факторів домінує у збільшенні маси тіла — генетична схильність чи п'ятий бургер за вечір? Вони порівняли поширеність цукрового діабету 2 типу в індіанців піма у США (прихильників швидкого харчування) та індіанців піма в Мексиці, що досі дотримуються традиційного харчування. Виявилося, що серед етнічної групи, яка мешкала в Мексиці, на діабет хворіли 7% осіб (як у загальній популяції), а серед індіанців піма з Арізони — аж 38% (Schulz L.O. et al., 2006).

Інший приклад — епідемія ожиріння в новозеландських племенах маорі протягом останніх 150 років. Її спричинили імпорт і споживання калорійних продуктів харчування, а саме картоплі та пшениці, після колонізації європейцями. Отримані дані

вказують на те, що харчові звички (як і що ми їмо) мають вагомий вплив на розвиток ожиріння, ніж спадкова схильність.

### Ростемо... у ширину

З 1980 до 2016 року поширеність ожиріння в світі подвоїлася — з 6,4 до 13,0%. Показники зростають в усіх вікових групах. Нещодавно з тривожною заявою виступили урядовці Чехії, де надлишкова маса тіла спостерігається у кожного 5-го підлітка. Подібні тенденції типові для різних країн — економічно розвинених західних держав, азіатського (особливо Китаю) й африканського континентів.

Деякі дослідники пояснюють збільшення частоти ожиріння з дисрегуляцією гіпоталамо-гіпофізарної осі, що, ймовірно, зумовлена значним стресовим навантаженням; змінами моделі виробництва продуктів харчування; особливостями проведення вільного часу; дефіцитом нічного сну; приголомшливим асортиментом товарів і делікатесів із усього світу. Щоб смачно й ситно пообідати, не доводиться боротися з мамонтом, а потім кілька кілометрів тягти його на собі. Варто лише здолати кількіметрову дистанцію до холодильника чи здійснити вояж до найближчого супермаркету.

### XS vs XXL

Здавалося б, доказова медицина давно розвінчала міф про

\* \* \*

користь надлишкової маси тіла для самопочуття. Але поки все-світньо відомі зірки шоу-бізнесу та кінематографу годинами займаються у спортивних залах, підтримуючи форму, в деяких спільнотах досі панують своєрідні уявлення про символи достатку, естетику й жіночу вроду. Йдеться про країни Африки: Мавританію, Малі, Нігер, Камерун, Алжир, Судан, Туніс, де існує звичай *leblouh* (фр. *gavage*), тобто насильницьке відгодовування дівчаток.

У Мавританії дівчат-підлітків примусово відправляють на спеціальні ферми, де їх змушують дотримуватися мегаінтенсивного за калорійністю харчування. Денний раціон — каша з 2 склянками вершкового масла, арахіс, верблюже молоко, бобові... Часом добова калорійність сягає 16 тис. ккал (при середньостатистичній потребі 1500 ккал). Вважається, що 12–13-річна дівчинка готова до шлюбу й материнства, коли маса її тіла становить хоча б 80 кг. Попри засудження дискримінаційної практики правозахисними групами мавританці непохитні: жінка займає стільки місця в серці чоловіка, скільки вона важить.

Протилежна крайність — у Південній Кореї, одержимій слідуванням суворим *beauty*-вимогам, де дівчата з 42-м розміром одягу вважаються неприпустимо повними, а запитання роботодавця стосовно зросту/маси тіла й намірів схуднути сприймається як належне. Серед найпопулярніших подарунків від батьків на шкільний випускний — пластичні операції, зокрема ліпосакція.

Раніше ідеали краси формували митці — поети, художники, скульптори, у 1990-х — королеви подіумів (Сінді Кроуфорд, Наомі Кемпбел та ін.). Зараз «тональність» визначають соціальні мережі, насамперед Instagram, де однаково часто звучать слова підтримки хворобливо худорлявим ангелам *Victoria's Secret* і моделям *plus size*, а фетшеймінг співіснує з бодіпозитивом.

Відповідно до медичних критеріїв нормою вважається індекс маси тіла (ІМТ) в інтервалі 18,50–24,99. Його розраховують, розділивши масу тіла (в кілограмах) на зріст у квадраті (у метрах).

Слід пам'ятати, що однаково небезпечно для здоров'я перебування на обох «полюсах» значень ІМТ. В осіб з ІМТ <18,5, що вказує на недостатність маси тіла, зростає ризик крихкості кісток, дефіциту поживних речовин для забезпечення функціонування організму, у жінок — порушень менструального циклу (зокрема, аменореї). ІМТ >25 свідчить про надлишкову масу тіла, <30 — про ожиріння. За останнім визначенням ожиріння — хронічне прогресуюче захворювання, яке характеризується надмірним накопиченням жиру в організмі, може негативно впливати на фізичне й психічне здоров'я, а також погіршувати загальну якість життя. Ожиріння — друга за частотою причина смерті, котру можна попередити (на 1-му місці — куріння).

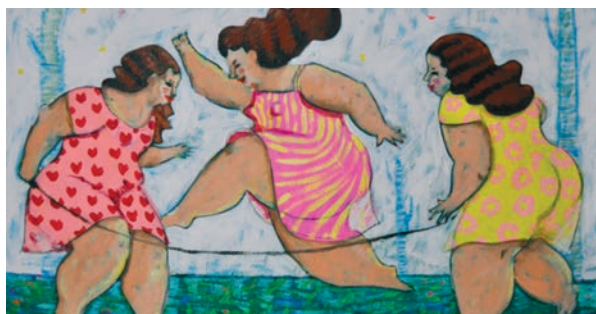
У лікуванні ожиріння домінує принцип «менше їсти, більше рухатися». У пріоритеті — упорядкування раціону, фізичні

вправи. Разом із ними окремим категоріям осіб з ожирінням/надлишковою масою тіла як компонент комплексної терапії призначають лікарські засоби (наприклад, ліраглутид, орлістат та ін.). Ці препарати пригнічують апетит, прискорюють обмін речовин, посилюють ефективність немедикаментозних методів.

Варто усвідомлювати, що «всесильних» біодобавок і «чарівної пілюлі», які допомагають схуднути без жорстких дієт і виснажливих б'єорпі, не існує. А способи позбутися зайвого, дієві на прикладі людини, не гарантують глобальних позитивних результатів на рівні популяції. Потрібно змінювати підходи до виробництва продуктів, популяризувати здорове харчування, коригувати стратегії терапії ожиріння.

Та є й оптимістичні новини: вирок «схуднути будь-якою ціною» оскаржено! Акцент із корекції маси тіла змістився на покращення самопочуття, врахування потреб пацієнта. Вчені наголошують, що циклічне й регулярне зниження/підвищення маси тіла небезпечніше, ніж кілька зайвих кілограмів, та мотивують досягати нормальної ваги поступово, не порушуючи психологічний комфорт.

Корисною порадою поділилася Esraa Zidan, художниця з Єгипту. «Я проти зайвої ваги, адже вона шкідлива для здоров'я. Якщо тобі щось не подобається в своєму тілі, зміни це. Але до того часу тобі доведеться навчитися любити себе», — закликала жінок авторка виставки *Rainbow Neighbors* («Веселкові сусіди»), присвяченої пишним панянкам.



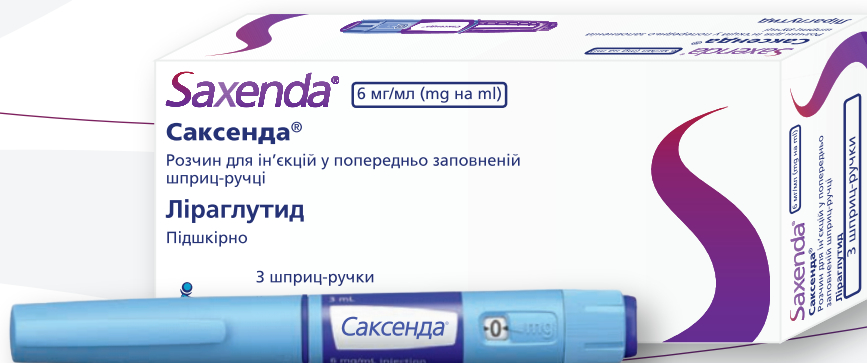
Роботи Esraa Zidan



# Saxenda®

## Ліраглутид ін'єкція

Інноваційна терапія  
ожиріння, яка знижує масу тіла  
у 9 з 10 людей<sup>1, 2, 4</sup>



**9 з 10 пацієнтів досягли  
достовірного зменшення маси тіла<sup>2</sup>**



**У 1 з 3 пацієнтів зниження ваги більше 10%<sup>3</sup>**



**Утримання результату протягом 3 років<sup>1, 3</sup>**

Список літератури:

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу САКСЕНДА® (ліраглутид), розчин для ін'єкцій, 6 мг/мл. РП UA/18651/01/01, Наказ МОЗ України № 548 від 23.03.21.  
2. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al; SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group; A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. N Engl J Med 2015; 373:11-22. 3. Le Roux CW, Astrup A, Fujioka K, et al; for the SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. 3 years of liraglutide versus placebo for type 2 diabetes risk reduction and weight management in individuals with prediabetes: a randomised, double-blind trial. Lancet. 2017;389(10077):1399-1409. 4. <https://www.novonordisk.com/about/who-we-are.html> доступно станом на 9.09.21

**Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу САКСЕНДА® (SAXENDA®)**

**Реєстраційне посвідчення № UA/18651/01/01, Наказ МОЗ України № 548 від 23.03.2021. Склад:** діюча речовина: ліраглутид; 1 мл розчину містить 6 мг ліраглутиду – аналога людського глюкагоноподібного пептиду-1 (ГПП-1), виготовленого за технологією рекомбінантної ДНК в *Saccharomyces cerevisiae*; одна попередньо заповнена шприц-ручка містить 18 мг ліраглутиду в 3 мл; **допоміжні речовини:** натрію гідрофосфат, дигідрат; пропіленгліколь; фенол; кислота хлористоводнева (для корекції pH); натрію гідроксид (для корекції pH); вода для ін'єкцій. **Фармакотерапевтична група.** Препарати, що застосовуються при цукровому діабеті, аналоги глюкагоноподібного пептиду-1 (ГПП-1). Код АТХ A10BJ02. **Показання.** Лікарський засіб Саксенда® застосовують для зменшення маси тіла як доповнення до дієти зі зниженою калорійністю та збільшеною фізичною активністю у дорослих пацієнтів з початковим індексом маси тіла (ІМТ) більше 30 кг/м² (ожиріння) або від 27 до 30 кг/м² (надмірна маса тіла) за наявності хоча б одного супутнього захворювання, пов'язаного з масою тіла, такого як дисглікемія (переддіабет або цукровий діабет 2 типу), гіпертензія, дисліпідемія або обструктивне апное сну. Якщо через 12 тижнів після прийому добової дози 3,0 мг хворий не втратив щонайменше 5 % від початкової маси тіла, застосування лікарського засобу Саксенда® слід припинити. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів лікарського засобу. **Спосіб застосування та дози.** Дозування. Початкова доза становить 0,6 мг на добу. Для поліпшення переносимості з боку шлунково-кишкового тракту дозу слід збільшувати щотижня на 0,6 мг до досягнення добової дози 3,0 мг. **Спосіб введення.** Лікарський засіб Саксенда® призначений тільки для підшкірного введення. Його не можна вводити внутрішньовенно або внутрішньом'язово. Препарат вводять підшкірно 1 раз на добу у будь-який час незалежно від вживання їжі. **Побічні реакції.** Найчастішими побічними реакціями були розлади травної системи (67,9 %). **Список побічних реакцій з боку імунної системи; порушення метаболізму і харчування; психічні розлади; з боку нервової системи; з боку серцево-судинної системи; з боку травної системи; з боку печінки та жовчних шляхів; з боку шкіри та підшкірних тканин; з боку нирок та сечовивідних шляхів; загальні розлади та реакції в місці ін'єкції; лабораторні дослідження.** Термін придатності. 30 місяців. Після першого застосування – 1 місяць. **Умови зберігання.** Зберігати в недоступному для дітей місці. Зберігати в холодильнику (2–8 °C) подалі від морозильної камери. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Заявник/Виробник.** А/Т Ново Нордск. **Дата останнього перегляду.**

Інформацію подано скорочено. Будь ласка, ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу, перш ніж застосовувати або призначати препарат. Представлена інформація призначена виключно для спеціалістів охорони здоров'я, а також для поширення на конференціях, симпозиумах, семінарах з медичної тематики.