

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

ОЖИРІННЯ У ДОРОСЛИХ
КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ

2023

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови

Микичак Ірина Володимирівна	заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Гаврилюк Андрій Олександрович	начальник відділу розвитку медичних послуг Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України;
Зінич Олеся Вадимівна	завідувач відділу вікової ендокринології та клінічної фармакології Державної установи «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка Національної академії медичних наук України», д.мед.н. (за згодою);
Ковальчук Алла Володимирівна	провідний науковий співробітник відділу вікової ендокринології та клінічної фармакології Державної установи «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка Національної академії медичних наук України», д.мед.н., к.мед.н. (за згодою);
Лагода Дар'я Олександрівна	асистент кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії Одеського національного медичного університету;
Ліщишина Олена Михайлівна	завідувач наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.мед.н., старший науковий співробітник, заступник голови робочої групи (за згодою);
Луценко Лариса Андріївна	асистент кафедри ендокринології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, к.мед.н.
Маньковський Борис Микитович	завідувач кафедри діабетології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, професор, д.мед.н.;
Перехрестенко Олександр Васильович	заступник директора з наукової роботи Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», д.мед.н.;
Процюк Ольга Вікторівна	доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторнополіклінічної допомоги Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, д.мед.н.;

- Саєнко Яніна Андріївна провідний науковий співробітник відділу діагностики та лікування метаболічних захворювань державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», к.мед.н. (за згодою);
- Соколова Любов Костянтинівна завідувачка відділу діабетології Державної установи «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка Національної академії медичних наук України», д.мед.н., лікар-ендокринолог вищої категорії, старший науковий співробітник (за згодою);
- Татарчук Тетяна Феофанівна звідувач відділенням державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.О. Лук'янової Національної академії медичних наук України», д.мед.н., професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук України (за згодою);
- Тодуров Іван Михайлович директор Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», професор, д.мед.н. (за згодою);
- Хаустова Олена Олександрівна професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, д.мед.н., професор (за згодою);
- Ячнік Юлія Вікторівна лікар-психолог Університетської клініки Київського національного університету імені Тараса Шевченка (за згодою);
- Сак Леся Віталіївна асистент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
- Величко Валентина Іванівна завідувачка кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії Одеського національного медичного університету, д.мед.н., професорка;
- Данильчук Галина Олександрівна доцентка кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії Одеського національного медичного університету, к.мед.н.;
- Венгер Ярослава Іванівна доцентка кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії Одеського національного медичного університету, к.мед.н.;
- Плегуца Олександр Іларійович головний лікар Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», к.мед.н.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана начальник відділу стандартизації медичної допомоги
Іванівна Державного підприємства «Державний експертний центр
Міністерства охорони здоров'я України».

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я України (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, що розміщений на сайті Державного експертного центру МОЗ України (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України є членом

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)



Рецензенти:

Костіцька Ірина Олександрівна	професор кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету, д.мед.н., професор.
Корж Олексій Миколайович	завідувач кафедри загальної практики-сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, д.мед.н., професор.
Скрипник Ігор Миколайович	проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти, професор кафедри внутрішньої медицини №1 Полтавського державного медичного університету, президент ГО "Українська гастроентерологічна Асоціація», Заслужений діяч науки і техніки України, д. мед. наук, професор

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2029 рік

ЗМІСТ

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови	2
Список скорочень.....	6
Шкала рівнів доведеності та градації рекомендацій.....	8
1. Передмова мультидисциплінарної робочої групи.....	8
1.1. Синтез настанови.....	9
1.2. Історія створення настанови.....	10
1.3. Обґрунтування необхідності створення клінічної настанови.....	10
1.4. Термінологія.....	10
1.5. Застосування клінічної настанови.....	11
1.6. Заява про наміри.....	11
2. Принципи медичної допомоги.....	11
2.1. Загальні принципи медичної допомоги.....	11
2.2. Виявлення та класифікація НадМТ або ожиріння.....	12
2.3. Основні повідомлення для лікарів первинної ланки.....	14
2.4. Обстеження.....	15
2.5. Ефективні психологічні та поведінкові втручання в курації ожиріння ...	17
2.6. Модифікація способу життя.....	19
2.7. Фізична активність (ФА).....	21
2.8. Харчування.....	22
3. Фармакотерапія при веденні пацієнтів з ожирінням.....	24
3.1. Основні принципи фармакотерапії.....	24
3.2. Ключові факти для медичних працівників.....	25
3.3. Рекомендації.....	26
3.4. Механізми дії та ефективність фармакотерапії, схваленої для лікування ожиріння.....	26
3.5. Вплив фармакотерапії на стан здоров'я.....	30
3.6. Лікарські засоби, дані щодо яких недостатні, щоби призначати їх для терапії ожиріння.....	35
3.7. Нові методи фармакотерапії ожиріння.....	35
4. Профілактика та зменшення шкоди від ожиріння (клінічна профілактика).....	36
4.1. Первинна профілактика.....	36
4.2. Вторинна профілактика.....	41
4.3. Третинна профілактика.....	42
5. Реалізація на практиці й аудит.....	42
5.1. Реалізація на місцях.....	42
5.2. Ключові пункти аудиту.....	43
5.3. Рекомендації щодо проведення подальших досліджень.....	43
Список літератури.....	44
Додатки.....	59

Список скорочень

АГ – артеріальна гіпертензія
АКТГ – адренкортикотропний гормон
АТ – артеріальний тиск
БПШ – біліопанкреатичне шунтування
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ВР – відносний ризик
вТ₃ – вільний трийодтиронін
вТ₄ – вільний тироксин
ГПП-1 – глюкагоноподібний пептид-1
ГЗСГ – глобулін, який зв'язує статеві гормони
ГКГ – глюкокортикоїдні гормони
ГКН – глюкоза крові натще
ГР – гормон росту
ГЦД – гестаційний цукровий діабет
ДАТ – діастолічний артеріальний тиск
ДІ – довірчий інтервал
ЗД – зареєстрований дієтолог
ЗТТ – замісна терапія тестостероном
іМАО – інгібітори моноаміноксидази
ІМТ – індекс маси тіла
ІФР-1 Інсуліноподібний фактор росту-1
ІХС – ішемічна хвороба серця
КР – коефіцієнт ризику
ЛГ – лютеїнізуючий гормон
МЖ – маса жиру
МК- мотиваційна комунікація
МТ – маса тіла
НадМТ – надлишкова маса тіла
НАСГ – неалкогольний стеатогепатоз
ОТ – окружність талії
ПТГ – паратиреоїдний гормон
РЕ – рак ендометрія
САТ – систолічний артеріальний тиск
СК – синдром Кушинга
СПКЯ – синдром полікістозних яєчників
ССЗ – серцево-судинні захворювання
ТГ – тригліцериди
ТПО – тиреопероксидаза
ТТГ – тиреотропний гормон
ФА — фізична активність
ФСГ – фолікулостимулюючий гормон
ХС ЛПВЩ – холестерин ліпопротеїнів високої щільності
ХС ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїнів низької щільності

ЦД – цукровий діабет

ШШ – шунтування шлунка

ЯЖ – якість життя

25ОНD – 25-гідроксивітамін D

FDA – Управління з контролю якості продуктів харчування та лікарських засобів США

HbA_{1c} – глікований гемоглобін

СРП – С-реактивний протеїн

Шкала рівнів доведеності та градації рекомендацій (CMAJ Canada Obesity in adults: a clinical practice guideline)

Категорії доказів

Рівень доказів 1a	Докази, отримані з мета-аналізу рандомізованих контрольованих досліджень.
Рівень доказів 1b	Докази, отримані з принаймні 1 рандомізованого контрольованого дослідження.
Рівень доказів 2a	Докази, отримані з принаймні 1 контрольованого дослідження без рандомізації.
Рівень доказів 2b	Докази, отримані з окремих контрольованих досліджень
Рівень доказів 3	Докази, отримані з неекспериментальних описових досліджень, таких як-от порівняльні, кореляційні дослідження та дослідження типу «випадок-контроль».
Рівень доказів 4	Докази, отримані з висновків експертних комісій, думок та клінічного досвіду авторитетних експертів.

Сила рекомендацій

Ступінь А	Безпосередньо засновані на рівні доказів 1.
Ступінь В	Безпосередньо засновані на рівні доказів 2 або екстрапольована з доказів рівня 1.
Ступінь С	Безпосередньо засновані на рівні доказів 3 або екстрапольовано рекомендація з рівня доказів 1 або 2.
Ступінь D	Безпосередньо засновані на рівні доказів 4 або екстрапольована з рівнів доказів 1, 2 або 3.

Примітка: градація рекомендації пов'язана з переконливістю доказів, на яких ґрунтується ця рекомендація. Вона не є відображенням клінічної значущості рекомендації.

Положення належної практики: найкраща практика, рекомендована на підставі клінічного досвіду групи, що розробила настанови.

Можна прочитати додатковий матеріал на вебсайті www.sign.ac.ua

1. Передмова мультидисциплінарної робочої групи

Настанова була обрана мультидисциплінарною робочою групою як приклад найкращої практики надання медичної допомоги пацієнтам із ожирінням та ґрунтується на даних доказової медицини стосовно ефективності та безпеки медичних втручань, фармакотерапії та організаційних принципів її надання. Клінічна настанова була обрана на основі об'єктивних критеріїв оцінки з використанням Опитувальника AGREE.

Запропонована клінічна настанова не повинна розцінюватись як стандарт медичного лікування. Дотримання положень клінічної настанови не гарантує успішного лікування у кожному конкретному випадку, її не можна розглядати як посібник, що включає усі необхідні методи лікування або, навпаки,

виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення заходів діагностики і лікування у медичному закладі. Клінічна настанова щодо ведення пацієнтів з надлишковою масою тіла (НадМТ) або ожирінням має на меті допомогти лікарю та пацієнту у прийнятті раціонального рішення у різних клінічних ситуаціях, є інформаційною підтримкою для підвищення якості клінічної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, ліків та організаційних ресурсів медичної допомоги. Це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, призначений, у першу чергу, для практикуючих лікарів, які надають як первинну, так і вторинну та третинну медичну допомогу.

1.1. Синтез настанови

Ця клінічна настанова є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією клінічної настанови CMAJ Canada Obesity in adults: a clinical practice guideline (<https://www.cmaj.ca/content/192/31/E875>) дата перегляду: 26.02.2021 р.

Окремі положення настанови адаптовані з таких інформаційних джерел:

- Primary care and primary healthcare in obesity management (Канада, 2020) (<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/15-Primary-Care-v6-with-links.pdf>);
- Medical nutrition therapy in obesity management (Канада, 2020) (<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/11/8-Medical-Nutrition-Therapy-v5-with-links.pdf>);
- Pharmacotherapy in obesity management (Канада, 2020) (<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/Pharmacotherapy-v6-with-links.pdf>);
- Prevention and Harm Reduction of Obesity (Канада 2020) (<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/4-Prevention-and-Harm-Reduction-v5-with-links.pdf>);
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Obesity: identification, assessment and management 2022, (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/resources/obesity-identification-assessment-and-management-pdf-35109821097925>)

Дану клінічну настанову пропонується розглядати як інформаційне джерело щодо вибору методу діагностичної та лікувальної тактики при ожирінні.

СМАJ Canada Obesity in adults: a clinical practice guideline

1.2. Історія створення настанови

Канадські клінічні рекомендації щодо ожиріння для дорослих (CPGs) забезпечують вкрай необхідну базу даних і досвіду, орієнтовану на пацієнта, для медичних працівників, пацієнтів. Вони являють собою перше всеосяжне оновлення канадських рекомендацій щодо ожиріння з 2007 року і, можливо, найвичерпніший огляд опублікованих доказів щодо ожиріння в усьому світі.

Нові CPG, розроблені органами Obesity Canada та Канадською асоціацією лікарів та хірургів-баріатрії, створили понад 60 канадських медичних працівників, дослідників та людей, які страждають на ожиріння. Разом вони оцінили понад 550 000 опублікованих рецензованих статей і досягли консенсусу з широкого кола клінічних і наукових питань, щоб визначити 80 ключових рекомендацій.

Резюме рекомендацій опубліковано в журналі [Canadian Medical Association Journal](#), а 19 детальних розділів доступні через меню на цій сторінці. 19 розділів CPG будуть відкритим, живим документом, який буде оновлюватися в міру появи нових доказів.

1.3. Обґрунтування необхідності створення клінічної настанови

НадМТ й ожиріння є загальносвітовою проблемою. За оцінками ВООЗ, у 2016 р. близько 1,9 млрд дорослих у всьому світі мали НадМТ, а понад 650 млн страждали на ожиріння.

Ожиріння безпосередньо пов'язане з низкою захворювань, у тому числі ЦД 2 типу, неалкогольною жировою хворобою печінки, АГ, гастроєзофагеальною рефлюксною та жовчнокам'яною хворобами, а також із психологічними та психіатричними розладами.

За оцінками експертів, фінансові витрати, пов'язані з НадМТ й ожирінням, у 2007 р. становили майже £16 млрд (понад 1% валового внутрішнього продукту). За прогнозами Департаменту здоров'я Великої Британії, якщо поширеність ожиріння продовжить зростати, до 2050 р. ці витрати сягнуть майже £50 млрд. Представлена в журналі Lancet математична модель прогнозує, що до 2030 р. у Великій Британії буде на 11 млн більше осіб з ожирінням, а витрати на лікування асоційованих із цим станом хвороб зростатимуть приблизно на £2 млрд на рік [1].

За останні три десятиліття поширеність ожиріння у світі неухильно зростала [12], зокрема в Канаді вона зросла втричі з 1985 р.. Важливо, що поширеність тяжкого ожиріння зросла більш ніж учетверо й у 2016 р. схильними до цього стану були приблизно 1,9 млн дорослих канадців.

1.4. Термінологія

Історично **ожиріння** визначали за показником ІМТ ≥ 30 кг/м². Незважаючи на те що збільшення вмісту жиру в тілі може мати важливі наслідки для здоров'я та самопочуття, лише його наявність не обов'язково означає чи надійно передбачає погіршення здоров'я. Канадська настанова з ведення ожиріння в дорослих визначає цей стан як «складне хронічне захворювання, за якого патологічний або надлишковий жир в організмі

(тучність) погіршує здоров'я, збільшує ризик довготривалих медичних ускладнень і зменшує тривалість життя».

Термін «ведення ожиріння» використовується для опису поліпшень, пов'язаних зі здоров'ям, а не лише результатів втрати маси тіла (МТ). Якщо внаслідок втручання спостерігається схуднення, це не має бути єдиною метою, яка не враховує поліпшення стану здоров'я та ЯЖ.

НадМТ визначається в разі ІМТ від 25 до 29,9 кг/м². Є необхідність у виокремленні цього стану, оскільки він передує розвитку ожиріння та потребує лікарського втручання.

Поведінкова терапія – це втручання щодо зміни поведінки за допомогою програм, які допомагають пацієнтам досягти своїх поведінкових цілей у галузі здоров'я (харчування, фізична активність, сон, зниження стресу тощо) або охорони здоров'я (наприклад, поліпшення ЯЖ, лікування ожиріння).

1.5. Застосування клінічної настанови

Ця клінічна настанова становить особливий інтерес для лікарів загальної практики – сімейної медицини, терапевтів, ендокринологів, кардіологів, дієтологів, гастроентерологів, гінекологів, бариатричних хірургів, тобто тих спеціалістів, які займаються лікуванням НадМТ або ожиріння.

1.6. Заява про наміри

Ця клінічна настанова не призначена для інтерпретування чи застосування як стандарту терапії.

Стандарти ведення та лікування визначаються на основі всіх клінічних даних, доступних для кожного окремого випадку, й можуть бути гарантом успішного результату та піддаватися змінам у міру вдосконалення наукових знань і технологій. Виконання рекомендацій настанови варто інтерпретувати як такі, що включають усі відповідні методи лікування чи виключають інші можливі методи лікування для досягнення результатів. Остаточне рішення щодо вибору певних клінічних процедур і плану лікування має бути ухвалене відповідним(-и) працівником(-ами) охорони здоров'я з урахуванням клінічних даних, отриманих у конкретного пацієнта, результатів діагностики та прийнятних методів лікування.

Утім, рекомендується повністю документувати значні відхилення від національного клінічного стандарту чи стандартів, розроблених місцевими організаціями на його основі, в медичних картках пацієнтів із зазначенням часу, коли відповідне рішення було прийняте.

2. Принципи медичної допомоги

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Obesity: identification, assessment and management. Published: 27 November 2014

2.1. Загальні принципи медичної допомоги

2.1.1. Медичні заклади для лікування осіб з ожирінням мають бути обладнані спеціальним устаткуванням, наприклад: спеціальними стільцями й обладнанням для зважування та проведення інших обстежень. Переконайтеся, що медичні заклади, які надаватимуть загальну медичну допомогу особам з

ожирінням, ІМТ яких перевищує 40 кг/м², мають доступ до спеціального обладнання, зокрема великих ліжок і пристроїв для променевих обстежень.

Упереджені уявлення щодо МТ у закладах охорони здоров'я можуть знизити якість медичної допомоги пацієнтам, які живуть з ожирінням. Ключовим фактором зменшення упередженості, стигматизації та дискримінації в закладах охорони здоров'я є усвідомлення працівниками власного ставлення та поведінки стосовно людей, які живуть з ожирінням.

Первинні причини ожиріння включають такі: біологічні фактори (генетичні, епігенетичні, нейрогормональні механізми; супутні хронічні захворювання; ліки, що сприяють ожирінню), соціокультурні особливості, середовище, індивідуальний життєвий досвід (наприклад, несприятливий досвід дитинства) та психологічні чинники (настрій, тривожність, розлад переїдання, дефіцит уваги / гіперактивність, низька самооцінка).

Курація пацієнта, який живе з ожирінням або НадМТ, спрямована на розуміння індивідуальних життєвих обставин і первинних причин ожиріння, дає змогу розробляти персоналізовані плани, що можуть бути інтегровані в довгострокове терапевтичне спостереження таких осіб. Ми рекомендуємо зібрати докладний анамнез для виявлення цих первинних причин збільшення МТ, а також фізичних, психічних і психосоціальних бар'єрів.

2.1.2. Обговоріть із пацієнтом можливі втручання щодо контролю МТ. Вибір втручання має бути узгоджений із пацієнтом.

2.1.3. Пристосуйте складові частини запланованої програми контролю МТ до особистих уподобань, вихідного рівня фізичної форми, стану здоров'я та способу життя пацієнта.

2.1.4. Пропонуйте регулярне довготривале спостереження без дискримінації, яке бажано доручити спеціально навченому фахівцю.

2.1.5. Переконайтеся в безперервності медичної допомоги, яку надає мультидисциплінарна команда, за допомогою ведення відповідних записів.

Ми рекомендуємо в людей із психічними порушеннями, а також в осіб, які отримують лікування препаратами, що підвищують МТ, проводити регулярний моніторинг МТ, рівня глюкози та ліпідного профілю (рівень 3, ступінь С), а при виборі психотропних препаратів медичні працівники повинні не тільки враховувати ефективність цих лікарських засобів, а й обов'язково оцінювати їхній вплив на МТ (рівень 2а, ступінь В).

2.2. Виявлення та класифікація НадМТ або ожиріння

2.2.1. Вимірюйте зріст і МТ людини відповідно до клінічної потреби. Вимірювання можна проводити при реєстрації пацієнта в закладі первинної медико-санітарної допомоги, зверненні за консультацією з приводу споріднених патологічних станів (ЦД 2 типу, ССЗ) й інших рутинних перевірках стану здоров'я [1].

Визначення НадМТ або ожиріння

2.2.2. Застосовуйте вимірювання ІМТ як практичний засіб для оцінки наявності вмісту жиру в дорослих. Інтерпретуйте показник ІМТ з обережністю, оскільки він не є безпосереднім показником вмісту жиру.

2.2.3. Розгляньте застосування вимірювання ОТ додатково до ІМТ в осіб з ІМТ <35 кг/м².

2.2.4. Не застосовуйте біоімпедансометрію як замітник ІМТ у визначенні загального вмісту жиру [1].

Класифікація НадМТ або ожиріння

2.2.5. Визначайте ступінь НадМТ або ожиріння в дорослих за допомогою цієї таблиці:

Класифікація	ІМТ, кг/м²
Здорова маса тіла	18,5-24,9
Надлишкова маса тіла	25-29,9
Ожиріння I ступеня	30-34,9
Ожиріння II ступеня	35-39,9
Ожиріння III ступеня	≥40

2.2.6. З особливою обережністю інтерпретуйте показник ІМТ у дорослих осіб із високим вмістом м'язової маси, оскільки в цього контингенту ІМТ може бути менш надійним свідченням щодо наявності ожиріння. У деяких груп населення, наприклад у осіб азійського походження та похилого віку, наявність коморбідностей виступає додатковим фактором ризику, який модифікує ризик незалежно від ІМТ (ризик є нижчим для осіб азійського походження та вищим – для осіб похилого віку). При врахуванні факторів ризику в цих групах варто приймати індивідуальні клінічні рішення, навіть у осіб, не визначених як пацієнти з НадМТ або ожирінням за допомогою класифікації, поданій у пункті 2.2.7. [1]

2.2.7. У дорослих пацієнтів первинна оцінка ризиків для здоров'я, асоційованих із НадМТ або ожирінням, має проводитися за допомогою обчислення ІМТ й ОТ таким чином:

Класифікація ІМТ	Показник окружності талії		
	Низький	Високий	Дуже високий
НадМТ	Ризик не підвищений	Ризик підвищений	Ризик високий
Ожиріння I ступеня	Ризик підвищений	Ризик високий	Ризик дуже високий

Для чоловіків показник ОТ <94 см вважається низьким, 94-102 см – високим, >102 см – дуже високим. Для жінок показник ОТ <80 см вважається низьким, 80-88 см – високим, >88 см – дуже високим.

2.2.8. Надавайте пацієнтам інформацію щодо їхнього ступеня ожиріння та його ролі як фактора ризику інших проблем зі станом здоров'я в довгостроковій перспективі [2].

2.2.9. Стартовий рівень втручання, який слід обговорити з пацієнтом, потрібно визначати таким чином:

Класифікація ІМТ	Показник окружності талії			Наявні коморбідності
	Низький	Високий	Дуже високий	
Надлишкова маса тіла	1	2	2	3

Ожиріння I ступеня	2	2	2	3
Ожиріння II ступеня	3	3	3	4
Ожиріння III ступеня	4	4	4	4

1	Загальні поради щодо здорової МТ і способу життя
2	Зміни харчування та підвищення фізичної активності
3	Зміни харчування та підвищення фізичної активності; розгляньте доцільність застосування ліків
4	Зміни харчування та підвищення фізичної активності; розгляньте доцільність застосування ліків; розгляньте доцільність хірургічного втручання

Для пацієнтів із коморбідними станами рівень втручання має бути вищим незалежно від ОТ (для подальшої інформації див. розділ 2.3). Адаптуйте визначений підхід залежно від клінічних потреб пацієнта та потенційних переваг зменшення МТ [2].

2.3. Основні повідомлення для лікарів первинної ланки

2.3.1. Клініцисти первинної ланки мають розпочати розмову з пацієнтом про зайву МТ або ожиріння відповідно до формату «5А» ведення ожиріння (Ask, Assess, Advise, Agree, Assist – запитай, оціни, порадь, узгодь, допоможи), який починається із запиту дозволу на обговорення МТ.

2.3.2. Клініцисти первинної ланки повинні пропагувати цілісний підхід до МТ і здоров'я з акцентом на поведінкові особливості в усіх пацієнтів, зосереджуючись на здоровому способі життя й основних причинах збільшення МТ, але уникаючи стигматизації та надто спрощених формулювань, як-от «їжте менше та рухайтесь більше».

2.3.3. Лікарі, які призначають лікарські засоби, мають знати про їхній вплив на МТ і розглядати альтернативні варіанти для людей із НадМТ або ожирінням. Якщо ж альтернативи немає, лікар повинен обговорити ризик із пацієнтом і контролювати збільшення МТ.

2.3.4. Лікарі та пацієнти мають усвідомлювати ризики циклічності коливань МТ і приймати стратегії, орієнтовані на стійкі зміни, щоб якнайдовше зберегти навички здорового способу життя.

Primary care and primary healthcare in obesity management. Version 1, August 4, 2020. The Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guideline

Рекомендації для лікарів первинної ланки

1. Ми рекомендуємо лікарям первинної ланки виявляти людей із НадМТ або ожирінням і проводити з ними бесіди про здоровий спосіб життя (рівень 3, ступінь С) [9].

2. Ми рекомендуємо медичним працівникам обов'язково просити дозвіл у пацієнтів перед обговоренням проблем НадМТ або проведенням антропометричних вимірювань (рівень 3, ступінь С) [10].

3. Першочергові заходи мають бути спрямовані на підвищення рівня грамотності щодо здоров'я, знань і навичок людей щодо керування МТ, що є ефективним способом контролю МТ (рівень 1a, клас А) [11].

4. Клініцисти первинної ланки повинні скеровувати людей із НадМТ або ожирінням до багатокомпонентних програм із персоналізованими стратегіями ведення ожиріння, що є ефективним способом підтримки ведення ожиріння (рівень 1b, ступінь B) [12-16].

5. Клініцисти первинної ланки можуть використовувати спільні обговорення з мотиваційними співбесідами задля пристосування планів дій до життєвої ситуації людей таким чином, щоб вони були керованими, підтримували поліпшення фізичного й емоційного здоров'я та контроль МТ (рівень 2b, ступінь C) [17].

6. Втручання, спрямоване на специфічну етнічну групу, має враховувати своєрідність психологічних і соціальних практик щодо НадМТ, їжі, фізичної активності, а також соціально-економічні обставини, оскільки як між, так і в межах різних етнічних груп, можливі відмінності (рівень 1b, ступінь B) [18].

7. Тривалі первинні втручання повинні зосереджуватися на поступових персоніфікованих незначних змінах поведінки («підхід малих змін»), що є ефективним інструментом підтримки людей у процесі контролю МТ (рівень 1b, ступінь B) [19].

8. Багатокомпонентні програми первинної допомоги мають включати персоналізовані стратегії управління ожирінням як ефективний спосіб підтримки людей з ожирінням (рівень 1b, ступінь B) [16, 20].

9. Для боротьби з НадМТ й ожирінням слід першочергово застосовувати поведінкові заходи (харчування, фізичні вправи, спосіб життя), котрі можна поєднувати з фармакотерапією (рівень 1a, ступінь A) [21-23].

10. Як ефективний варіант ведення дорослих із НадМТ або ожирінням слід використовувати групові сеанси харчування та фізичної активності, висвітлені в Програмі профілактики діабету (Diabetes Prevention Program – DPP) і програмі «Дивися вперед» (Look Ahead – дії для здоров'я при діабеті) (рівень 1b, ступінь A) [24-26].

11. Втручання, що використовують технологію для асинхронного підвищення охоплення більшої кількості людей, мають бути потенційно життєздатними та низьковартісними (рівень 1b, ступінь B) [27].

12. Викладачі бакалаврських, аспірантських і безперервних навчальних програм для працівників первинної медичної допомоги повинні проводити курси та ділитися клінічним досвідом для усунення прогалин у навичках, знаннях доказів і ставлення, необхідних для впевненої й ефективно підтримки людей з ожирінням (рівень 1a, ступінь A) [28].

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Obesity: identification, assessment and management. Published: 27 November 2014

2.4. Обстеження

2.4.1. Початково оцініть стан (див. розділ 2.2), а далі проводьте дослідження для визначення коморбідних станів та інших чинників відповідно до індивідуальних клінічних рішень залежно від особистих характеристик, часу на проведення оцінки, ступеня НадМТ або ожиріння та результатів попередніх обстежень.

2.4.2. При виявленні коморбідних станів проводьте їх корекцію. Не чекайте, поки МТ пацієнта зменшиться!

2.4.3. Пропонуйте людям, які наразі не готові змінюватися, можливість прийти на повторні консультації, коли вони будуть готові знову обговорити свою МТ і захочуть або матимуть змогу змінити спосіб життя. Надайте їм інформацію щодо зменшення МТ, здорового харчування та підвищення фізичної активності.

2.4.4. Необхідно усвідомлювати, що здивування, гнів, заперечення чи сумніви щодо власного стану здоров'я можуть зменшувати здатність або бажання людини змінюватися. Наголосіть, що ожиріння є клінічним терміном зі специфічним впливом на стан здоров'я, а не характеристикою зовнішнього вигляду людини.

Під час консультації обов'язковими є:

- оцінка поглядів людини на власну МТ і діагноз, а також імовірні причини збільшення МТ;
- оцінка харчових звичок і рівня фізичної активності;
- виявлення будь-яких переконань людини щодо харчування, фізичної активності та збільшення МТ, які можуть перешкоджати її зменшенню.

Будьте обізнані стосовно того, що в людей із певними етнічними та соціоекономічними характеристиками ризик ожиріння може бути вищим, а погляди на здорову МТ і ставлення до контролю МТ можуть відрізнятися. Також є обов'язковими:

- встановлення того, які методи контролю МТ людина вже спробувала, яким був результат і які висновки було зроблено з цього досвіду;
- оцінка готовності людини до змін;
- оцінка впевненості людини щодо впровадження змін.

2.4.5. Надайте пацієнтам і членам їхньої сім'ї або особам, що за ними доглядають, інформацію щодо причин проведення обстежень, методики їх проведення й інтерпретації результатів. Якщо це необхідно, запропонуйте окрему консультацію для повноцінного обговорення можливостей лікування чи результатів обстежень.

2.4.6. Проведіть вимірювання, необхідні для визначення ступеня НадМТ або ступеня ожиріння (див. розділ 2.2), й обговоріть вплив такої МТ на здоров'я (див. пункти 2.2.7 та 2.2.9).

Обов'язково оцініть:

- усі наявні симптоми;
- усі причини, що лежать в основі НадМТ або ожиріння;
- харчові звички;
- наявність будь-яких коморбідностей (наприклад, ЦД 2 типу, АГ, ССЗ, остеоартриту, дисліпідемій та апное уві сні);
- наявність будь-яких факторів ризику, виявлених при оцінці ліпідного профілю (бажано визначеного натще), вимірюванні АТ і визначенні НbA_{1c};
- спосіб життя (харчування та фізичну активність);
- усі психосоціальні стреси;

- усі чинники з боку довкілля, суспільства та сім'ї, в тому числі сімейний анамнез НадМТ або ожиріння й коморбідних станів;
- бажання та мотивацію людини змінювати спосіб життя;
- потенціал зменшення МТ щодо покращення здоров'я;
- усі психологічні проблеми (Додаток 3, 4, 5);
- усі проблеми в стані здоров'я та прийом ліків;
- роль сім'ї та соціальних працівників у підтримці осіб з обмеженими можливостями навчання у спробах змінити спосіб життя.

2.4.7. Розгляньте можливість скерування до закладів третинного рівня медичної допомоги, якщо:

- невідомі причини, які лежать в основі НадМТ або ожиріння, та треба їх встановити;
- пацієнт має складний патологічний стан, який не може бути пролікований на вторинному рівні (наприклад, за потреби в додатковій підтримці людей з обмеженими можливостями навчання);
- стандартне лікування виявилось неефективним;
- розглядається медикаментозне лікування для особи з ІМТ >50 кг/м²;
- необхідні спеціалізовані втручання (наприклад, призначення дуже низькокалорійної дієти);
- розглядається можливість хірургічного лікування.

Canada Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ August 04, 2020

2.5. Ефективні психологічні та поведінкові втручання в курації ожиріння

Втручання у зміни поведінки – це програми, які допомагають пацієнтам досягти своїх цілей у сфері здорової поведінки (харчування, фізична активність, сон, зниження стресу тощо) або цілей у сфері здоров'я (наприклад, поліпшення ЯЖ, лікування ожиріння тощо). Багатокомпонентні психологічні та поведінкові втручання є одними з основних доказових методів лікування ожиріння, поряд з фармакотерапією та хірургічним втручанням. Тому, як і у випадку з фармакотерапією та хірургічним втручанням, не всім пацієнтам може знадобитися психологічна та поведінкова терапія.

2.5.1. Багатокомпонентні психологічні та поведінкові втручання, які здійснюються навченим персоналом, що поєднують модифікацію поведінки (встановлення цілей, контроль над стимулами, самоконтроль, вирішення проблем), когнітивну терапію (когнітивну реструктуризацію) та стратегії, що базуються на цінностях для впливу на харчування та фізичну активність, потрібно включати в плани лікування ожиріння з метою досягнення втрати ваги, покращення стану здоров'я, ЯЖ (рівень 1a, ступінь А), що сприятиме прихильності до терапії, підвищенню самооцінки та автономній (внутрішній) мотивації (рівень 1b, ступінь А).

2.5.2. Медичні працівники повинні проводити довготривалий догляд за пацієнтами з ожирінням і послідовно проводити просвітницьку діяльність, щоб підтримувати в них упевненість у подоланні різних бар'єрів на шляху

зниження МТ і збільшувати внутрішню мотивацію. Спонукаючи пацієнтів до створення алгоритму послідовних кроків для реалістичних і досяжних цілей, направлених на покращення стану здоров'я, шляхом самомоніторингу поведінки та спільного аналізу невдач за допомогою адаптивного мислення, тобто когнітивного переусвідомлення (когнітивної реструктуризації). Такий підхід включає уточнення та роздуми про поведінку, яка базується на цінностях особистості (рівень 1а, ступінь А).

2.5.3. Медичним працівникам треба отримати згоду пацієнтів з ожирінням задля пояснення того, що успіх у лікуванні ожиріння пов'язаний із поліпшенням здоров'я, функціонування та ЯЖ, є результатом досяжних змін у поведінці, а не тільки зниження МТ (рівень 1а ступінь А).

2.5.4. Медичні працівники повинні забезпечити послідовне спостереження з необхідною кількістю повторюваних психологічних втручань для підтримки розвитку самоефективності та внутрішньої мотивації (рівень доказів 1а, ступінь А).

2.5.5. Багатокомпонентні поведінкові втручання, що здійснюються підготовленим персоналом, орієнтовані на обмеження калорій і збільшення витрат енергії, ефективні при:

- досягненні тільки помірного зниження МТ в осіб із НадМТ й ожирінням [29-35] (рівень 1а, ступінь А);
- покращенні стану здоров'я та ЯЖ [31, 36] (рівень 1а, ступінь А);
- застосуванні широкого спектра доступних поведінкових втручань навченим медичним персоналом [37-44] (рівень 1b, ступінь А);
- використанні таких технологій, як інтерактивні вебсайти або мобільні пристрої, ефективні як доповнення до особистого надання поведінкових втручань(потрібні додаткові дослідження) (рівень 1b, ступінь А).

2.5.6. Низка психологічних поведінкових втручань продемонстрували свою ефективність, включаючи самоконтроль, встановлення цілей і планування дій, підкріплення змін, соціальне порівняння, когнітивну реструктуризацію та мотиваційне інтерв'ю (рівень 1а, ступінь А).

Поведінкові втручання, що впливають на прихильність, самоефективність і автономну (внутрішню) мотивацію, пов'язані з найкращими довгостроковими результатами [46-50] (рівень 1b, ступінь А).

2.5.7. Медичні працівники повинні бути поінформовані про потужну нейробіологічну основу потягу до їжі, а також про задоволення від їжі як підкріплення (асоціативне навчання). Ця інформація сприятиме розумінню бар'єрів на шляху змін у людини, яка живе з ожирінням (зменшення стигми), та допомагатиме у визначенні поведінкових цілей, які можна досягти з огляду на силу цього імпульсу [51-54] (рівень 1а, ступінь А).

2.5.8. Поведінкові втручання, що посилюють стриманість (саморегуляцію), покращують результати, особливо в тих, хто повідомляє про сильну тягу до їжі [55-57] (рівень 2, ступінь В).

2.5.9. Терапія прийняття та прихильності є доповненням до багатокомпонентних поведінкових втручань [58, 59] (рівень 2, ступінь В).

2.5.10. Самоупередження є загальним явищем і може вплинути на результати лікування. Оцінка для виявлення інтерналізованого упередження щодо ваги рекомендується для зменшення упередженості та заохочення досяжних очікувань [60-62] (рівень 2, ступінь В).

2.5.11. Копінг-стратегії, що відповідають принципам когнітивно-поведінкової терапії, терапії прийняття та прихильності, можуть допомогти пом'якшити упереджене ставлення до власної МТ (рівень 1b, ступінь А).

2.5.12. Задоволення від зниження МТ асоціюється з поліпшенням результатів і може залучатись як альтернативна мета досягнення певної МТ [63, 64] (рівень 1b, ступінь А).

2.5.13. Проводьте будь-які поведінкові втручання за допомогою відповідно підготовленого фахівця.

2.5.14. За потреби впроваджуйте до поведінкових втручання в дорослих такі стратегії:

- самостійний моніторинг поведінки;
- контроль стимулів;
- встановлення цілей;
- сповільнення прийому їжі;
- забезпечення соціальної підтримки;
- вирішення проблем;
- асертивність (навичка впевненості людини в собі);
- перебудова мислення (модифікація думок);
- підкріплення позитивних змін;
- профілактика рецидивів;
- зміни поведінки при повторному наборі МТ.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Obesity: identification, assessment and management. Published: 27 November 2014

2.6. Модифікація способу життя

2.6.1. Тактикою вибору є багатокомпонентні втручання. Переконайтеся, що складена програма контролю МТ включає стратегії поведінкових змін (див. пп. 2.5.1 та 2.5.3), спрямованих на підвищення рівня фізичної активності чи зменшення часу, що проведений неактивно, покращення харчової поведінки та якості харчування, зменшення калорійності їжі.

2.6.2. При виборі лікування варто врахувати:

- особисті уподобання та соціальні обставини людини, досвід попереднього лікування та його результат (у тому числі будь-які перешкоди на шляху до успіху);
- ризик розвитку коморбідних станів у людини, що ґрунтується на показнику ІМТ та за потреби ОТ;
- наявність будь-яких коморбідних станів.

2.6.3. Документуйте результати будь-яких обговорень. Зберігайте власний примірник узгоджених цілей і плану дій (переконайтеся, що пацієнт також це робить), або вносьте їх до медичної документації пацієнта.

2.6.4. Пропонуйте підтримку залежно від потреб пацієнта. Будьте готові змінювати тактику з плином часу.

2.6.5. Переконайтеся, що всі медичні працівники, які надають медичну допомогу щодо контролю МТ, мають відповідну компетенцію та пройшли спеціальне навчання.

2.6.6. Надавайте інформацію в такому форматі та стилі викладу, який підходить конкретній людині. Розмовляючи з пацієнтом і його сім'єю чи особами, котрі за ним доглядають, пояснюйте будь-які фахові терміни, використовуйте слова, що слугують для щоденного спілкування, без професійного жаргону. Врахуйте:

- вік та етап життя людини;
- гендерну приналежність;
- культурні потреби та вразливі місця;
- етнічну приналежність;
- соціальні й економічні обставини;
- особливі потреби в спілкуванні (наприклад, обмежені можливості навчання, обмежені фізичні можливості чи когнітивні розлади у зв'язку з неврологічними хворобами).

2.6.7. Хваліть успіхи, хоч би якими малими вони були. Використовуйте кожен можливість заохотити та підтримати людину на складному шляху змін звичної поведінки.

2.6.8. Надавайте людям із НадМТ або ожирінням, а також їхнім сім'ям та/або особам, які за ними доглядають, необхідну інформацію щодо:

- НадМТ або ожиріння загалом, а також асоційованих із ними ризиків для здоров'я;
- реалістичних цілей зменшення МТ;
- відмінності між зменшенням МТ і підтримкою досягнутого зменшення, важливості опанування обох навичок (поясніть, що перехід зі зменшення МТ до підтримки досягнутого зменшення зазвичай відбувається через 6-9 місяців після початку лікування);
- реалістичних цілей лікування крім зменшення МТ, як-от підвищення фізичної активності та перехід на здоровіше харчування;
- можливостей діагностики та лікування;
- здорового харчування загалом;
- ліків та їхніх побічних ефектів;
- хірургічного лікування;
- самопомоги;
- відповідних організацій і груп підтримки, їхніх контактів.

Переконайтеся, що під час консультації достатню кількість часу було присвячено наданню інформації та відповідям на запитання.

2.6.9. Якщо людина (або члени її сім'ї чи особи, що за нею доглядають) не відчуває, що нинішній час є підходящим для дій, поясніть, що порада та підтримка будуть доступні й будь-коли в майбутньому. Надайте контактну інформацію, щоб людина могла звернутися до вас, коли буде готова.

2.6.10. Заохочуйте партнера/партнерку людини до підтримки будь-яких програм контролю МТ.

2.6.11. Встановлюйте інтенсивність втручання на основі рівня ризику та потенційних переваг зниження МТ [1-2].

**Physical Activity in Obesity Management Version 1, August 4, 2020.
Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines**

2.7. Фізична активність (ФА)

2.7.1. Заохочуйте дорослих збільшувати рівень ФА, навіть якщо в результаті вони не знижують МТ, оскільки це має низку інших переваг для здоров'я (наприклад, знижений ризик розвитку ЦД 2 типу та ССЗ). Поясніть людям, які мали ожиріння та зменшили МТ, що вони можуть потребувати 60-90 хвилин фізичного навантаження на день для уникнення повторного збільшення МТ.

2.7.2. Заохочуйте дорослих дотримуватися рекомендованих рівнів активності для підтримки здорової МТ, застосовуючи спланований підхід та узгоджені цілі.

Рекомендуйте оптимальний вид ФА, наприклад:

- активність, яку легко впровадити в щоденне життя (швидка ходьба, садівництво, велоспорт);
- програми навантажень під керівництвом тренера;
- інші види ФА на кшталт плавання, ходьби (певна кількість кроків щодня), ходьби сходами.

Врахуйте поточний рівень ФА та здатність виконувати навантаження. Також заохочуйте людей зменшити кількість часу, проведеного за неактивними заняттями на кшталт перегляду телевізійних програм, користування комп'ютером або відеоігор.

2.7.3. Аеробна ФА (30-60 хвилин вправ помірної чи високої інтенсивності в більшість днів тижня) може бути розглянута для дорослих, які хочуть:

а) досягти невеликого зменшення МТ за рахунок жирової тканини (рівень 2а, ступінь В) [65];

б) досягти зменшення кількості абдомінального вісцерального жиру (рівень 1а, ступінь А) [66-68] й ектопічного жиру, як-от жир у печінці та серці (рівень 1а, ступінь А) [68], навіть за відсутності зниження МТ;

в) підтримувати МТ після схуднення (рівень 2а, ступінь В) [65, 69];

г) підтримувати безжирову МТ під час схуднення (рівень 2а, ступінь В) [70];

г) підвищити кардіореспіраторну витривалість (рівень 2а, ступінь В) [7] і рухливість (рівень 2а, ступінь В) [71, 72].

2.7.4. У дорослих із НадМТ або ожирінням силові тренування (з опором) можуть сприяти підтриманню МТ або помірному збільшенню м'язової маси та збільшенню рухливості суглобів (рівень 2а, ступінь В) [73].

2.7.5. Збільшення інтенсивності вправ, включаючи високоінтенсивне інтервальне тренування, може забезпечити досягнення більш вираженого

збільшення кардіореспіраторної витривалості та зменшення часу, необхідного для отримання позитивних змін (рівень 2a, ступінь B) [74].

2.7.6. У дорослих із НадМТ або ожирінням регулярна ФА (зі зниженням МТ або без нього) може послабити негативний вплив багатьох кардіометаболічних факторів ризику, включаючи:

а) гіперглікемію та знижену чутливість до інсуліну (рівень 2b, ступінь B) [75-76];

б) високий АТ (рівень 1a, ступінь B) [77-78];

в) дисліпідемію (рівень 2a, ступінь B) [79-80].

2.7.7. У дорослих людей із НадМТ або ожирінням регулярна ФА може покращувати пов'язану зі здоров'ям якість життя (ЯЖ), стан у разі розладів настрою (зокрема, при депресії, тривожності) та сприйняття образу тіла (рівень 2b, ступінь B) [81, 82].

Medical Nutrition Therapy Version 1, August 4, 2020. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines

2.8. Харчування

2.8.1. Для дорослих із будь-якою МТ ми пропонуємо персоналізувати рекомендації щодо харчування так, щоб вони відповідали індивідуальним цінностям, уподобанням і цілям лікування. Дієтичний підхід має бути безпечним, ефективним, адекватним щодо складу нутрієнтів, культурно прийнятним і доступним для тривалого дотримання (рівень 4, ступінь D) [83].

2.8.2. Дорослі з ожирінням мають отримувати індивідуальну лікувальну дієтотерапію, яку призначає дієтолог (якщо змога) для поліпшення показників МТ та ІМТ, ОТ, контролю глікемії, ліпідів й АТ (рівень 1a, ступінь A) [84].

2.8.3. Дорослі з ожирінням і порушенням толерантності до глюкози (переддіабетом) або ЦД 2 типу можуть отримувати лікувальну дієтотерапію, яку призначає дієтолог (якщо змога) для зменшення МТ й ОТ, поліпшення глікемічного контролю й АТ (рівень 2a, ступінь B) [85, 86].

2.8.4. Дорослі з ожирінням можуть розглянути будь-який із багатьох лікувальних методів харчування для поліпшення результатів, пов'язаних зі здоров'ям, обираючи дієтичні схеми та підходи, які забезпечують найкраще довгострокове дотримання (Додаток 20).

2.8.4.1. Дієтичні режими з обмеженим вмістом калорій для досягнення певного зниження МТ впродовж 6-12 місяців (рівень 2a, ступінь B) [87].

2.8.4.2. Середземноморський режим харчування для поліпшення контролю глікемії, ХС ЛПВЩ і ТГ (рівень 2b, ступінь C) [88], зменшення частоти серцево-судинних подій (рівень 2b, ступінь C) [89], зниження ризику виникнення ЦД 2 типу (рівень 2b, ступінь C) [90, 91] та збільшення реверсії метаболічного синдрому (рівень 2b, ступінь C) [92] із незначним впливом на МТ й ОТ (рівень 2b, ступінь C) [93].

2.8.4.3. Вегетаріанська дієта для поліпшення глікемічного контролю, ліпідних показників крові, включаючи ХС ЛПНЩ, і зниження МТ (рівень 2a, ступінь B) [94], ризику розвитку ЦД 2 типу (рівень 3, ступінь C) [95], захворюваності та смертності від ІХС (рівень 3, ступінь C) [96].

2.8.4.4. Дієтичний режим впливає на ліпіди крові, включаючи ХС ЛПНЩ, апо-В та ХС не-ЛПВЩ (рівень 1а, ступінь В), рівень С-реактивного протеїну (СРП), АТ та 10-річний ризик ІХС (рівень 2а, ступінь В) [97].

2.8.4.5. Дієтичний режим із низьким глікемічним індексом знижує МТ (рівень 2а, ступінь В) [98], впливає на контроль глікемії (рівень 2а, ступінь В) [99], рівень ліпідів крові, включаючи ХС ЛПНЩ (рівень 2а, ступінь В) [100], АТ (рівень 2а, ступінь В) [101], ризик розвитку ЦД 2 типу (рівень 3, ступінь С) [102] й ІХС (рівень 3, ступінь С) [103].

2.8.4.6. Дієтичні підходи для досягнення контролю АГ (Dietary Approaches to Stop Hypertension – DASH), зменшення МТ й ОТ (рівень 1а, ступінь В) [104], покращення АТ (рівень 2а, ступінь В), рівнів ліпідів, включаючи ХС ЛПНЩ (рівень 2а, ступінь В) [105], рівня СРП (рівень 2b, ступінь В) [106], контролю глікемії (рівень 2а, ступінь В) [27] та зниження ризику розвитку ЦД, ССЗ, ІХС та інсульту (рівень 3, ступінь С) [27].

2.8.4.7. Скандинавський режим харчування для зниження МТ (рівень 2а, ступінь В) [107] та її відновлення (рівень 2b, ступінь В) [30], зниження АТ (рівень 2b, ступінь В) [108], ліпідів крові, включаючи ХС ЛПНЩ, апо-В (рівень 2а, ступінь В) [109], ХС не-ЛПВЩ (рівень 2а, ступінь В) [110], зменшення ризику серцево-судинної та загальної смертності (рівень 3, клас С) [111].

2.8.4.8. Часткові заміни їжі (один-два прийоми їжі на день як частина втручання з обмеженням умісту калорій) для зменшення МТ, ОТ, АТ та поліпшення контролю глікемії (рівень 1а, ступінь В) [112].

2.8.4.9. Періодичне чи постійне обмеження калорій забезпечує досягнення певного короткочасного зниження МТ (рівень 2а, ступінь В) [113].

2.8.4.10. Бобові (квасоля, горох, нут, сочевиця) використовують для зниження МТ (рівень 2, ступінь В) [114], покращення глікемічного контролю (рівень 2, клас В) [115], рівня ліпідів, включаючи ХС ЛПНЩ (рівень 2, ступінь В) [116], САТ (рівень 2, ступінь С) [117] і зменшення ризику виникнення ІХС (рівень 3, ступінь С) [118].

2.8.4.11. Вживання більшої кількості овочів і фруктів покращує ДАТ (рівень 2, ступінь В) [119], глікемічний контроль (рівень 2, ступінь В) [120], зменшує ризик ЦД 2 типу (рівень 3, ступінь С) [121] та серцево-судинної смертності (рівень 3, ступінь В) [122].

2.8.4.12. Вживання горіхів може покращувати глікемічний контроль (рівень 2, ступінь В) [123], концентрацію ліпідів крові, включно з ХС ЛПНЩ (рівень 3, ступінь С) [124], знижувати ризик ССЗ (рівень 3, ступінь С) [125].

2.8.4.13. Збільшення в раціоні цільних злаків (особливо з вівса та ячменю) покращує рівень ліпідів, включаючи загальний холестерин і ХС ЛПНЩ (рівень 2, ступінь В) [126] (Додаток 20).

2.8.5. У дорослих з ожирінням і порушеною толерантністю до глюкози (переддіабет) слід розглянути інтенсивні поведінкові втручання, спрямовані на зниження МТ на 5-7% для поліпшення глікемічного контролю, АТ та показників ліпідів (рівень 1а, ступінь А) [127], зменшення ризику розвитку ЦД

2 типу (рівень 1а, ступінь А) [128], мікросудинних ускладнень (ретинопатія, нефропатія та нейропатія) (рівень 1а, ступінь В), ССЗ та загальної смертності (рівень 1а, ступінь В) [129].

2.8.6. У дорослих з ожирінням і ЦД 2 типу доцільно розглянути інтенсивні втручання в спосіб життя, що спрямовані на зниження МТ на 7-15% для збільшення ремісії компенсації ЦД 2 типу (рівень 1а, ступінь А) [130], зменшення частоти нефропатії (рівень 1а, ступінь А) [131], обструктивного апное уві сні (рівень 1а, ступінь А) [132] та депресії (рівень 1а, ступінь А) [133].

2.8.7. Ми рекомендуємо зміну способу життя, а не тільки дієтичний підхід для поліпшення ЯЖ, психологічного здоров'я (загальне самопочуття, сприйняття образу тіла), зменшення ризику ССЗ, зниження МТ, збільшення фізичної активності, поліпшення когнітивної функції та харчової поведінки (рівень 3, ступінь С).

2.8.8. Дуже низькокалорійна дієта може бути багатокомпонентною стратегією зі зменшення МТ, але перед тим як її призначити, необхідно:

2.8.8.1. розглянути доцільність психологічного консультування й оцінити харчову поведінку чи можливі її розлади й інші психопатологічні порушення, щоб переконатися, що застосування такої дієти не має протипоказань;

2.8.8.2. обговорити ризики та переваги цієї дієти;

2.8.8.3. обов'язково пояснити, що ця стратегія зі зменшенням МТ не підходить для довготривалого застосування;

2.8.8.4. пояснити, що може відбутися повторний набір МТ, і це не є особистою невдачею пацієнта чи лікаря;

2.8.8.5. обговорити методику введення звичайної їжі після цих дієт.

2.8.9. Створіть довготривалу багатокомпонентну стратегію, щоб допомогти пацієнтові підтримувати МТ після застосування дуже низькокалорійної дієти.

2.8.10. Пристосовуйте зміни харчування до особистих уподобань людини. Застосовуйте гнучкий та індивідуальний підхід до зниження сумарної калорійності їжі.

Не застосовуйте надмірно обмежувальних і незбалансованих за основними нутрієнтами дієт, оскільки в довгостроковій перспективі вони є неефективними й можуть зашкодити пацієнтові.

Заохочуйте пацієнтів покращувати харчову поведінку, навіть якщо вони в результаті не знижують МТ, оскільки це може надати інші переваги для стану здоров'я.

Заохочуйте пацієнтів у довгостроковій перспективі дотримуватися збалансованого харчування та здорової харчової поведінки.

Pharmacotherapy in Obesity Management. Version 1, August 4, 2020. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines

3. Фармакотерапія при веденні пацієнтів з ожирінням

3.1. Основні принципи фармакотерапії

3.1.1. Розгляньте доцільність медикаментозного лікування лише після застосування й оцінки результатів зміни харчування, підвищення ФА та поведінкового підходу.

3.1.2. Розгляньте доцільність фармакотерапії в осіб, які не досягли цільового показника втрати МТ або досягли плато на тлі змін харчування, ФА та поведінки.

3.1.3. Приймайте рішення розпочати фармакотерапію після обговорення з пацієнтом її потенційних переваг та обмежень, у тому числі механізму дії, побічних ефектів і вимог щодо моніторингу на тлі лікування, а також потенційного впливу на мотивацію людини. За умови призначення медикаментозного лікування організуйте консультації відповідних медичних працівників із метою надання інформації, підтримки та консультування щодо додаткових стратегій харчування, фізичної активності та корекції поведінки. Надайте інформацію щодо програм підтримки пацієнтів.

3.1.4. Фармакотерапія може застосовуватися не лише для продовження зменшення МТ, а й для підтримки досягнутої її втрати.

3.1.5. Якщо є сумніви щодо адекватності вживання певних мікронутрієнтів, слід розглянути доцільність додаткового застосування вітамінів і мінералів, зокрема для вразливих груп населення, наприклад осіб похилого віку, котрі належать до групи ризику неповноцінного харчування, та молодих людей, які потребують вітамінів і мінералів для росту та розвитку.

3.1.6. Пропонуйте підтримку в збереженні досягнутої втрати МТ людям, медикаментозне лікування котрих було відмінено. Якщо вони не досягли цільового показника МТ, їхня впевненість у собі та віра у власну здатність змінитися можуть бути низькими.

3.1.7. Моніторуйте ефект лікування й підкріплюйте його порадами щодо способу життя та прихильності під час регулярних контрольних оглядів.

3.1.8. Розгляньте доцільність відміни медикаментозного лікування в людей, які не досягли цільових показників втрати МТ.

3.1.9. У пацієнтів із ЦД 2 типу втрата МТ може відбуватися повільніше, тому для цих осіб може бути доцільним встановлення менш суворих цільових показників. Узгодьте цілі з пацієнтом і регулярно переглядайте їх.

3.2. Ключові факти для медичних працівників

У Канаді разом зі здоровим способом життя для тривалої терапії ожиріння застосовують три лікарські засоби: ліраглутид 3,0 мг, комбінований препарат налтрексон/бупропіон й орлістат. Встановлено, що всі ці медикаменти ефективніше за плацебо зменшують МТ упродовж щонайменше 1 року.

Лікарські засоби, що не схвалені для фармакотерапії ожиріння, не мають для цього використовуватися.

Індивідуальна відповідь на медикаментозну терапію ожиріння є гетерогенною та відрізняється в різних пацієнтів. Щоб обрати найвідповідніший препарат, треба розглянути його механізм дії, безпечність, потенційні побічні ефекти / толерантність до нього, протипоказання, взаємодію з іншими засобами, спосіб уведення та вартість.

Коментар робочої групи: станом на 01.12.2022 в Україні комбінований лікарський засіб налтрексон/бупропіон не зареєстрований.

3.3. Рекомендації

3.3.1. Фармакотерапію для втрати МТ можна використовувати в осіб з $IMT \geq 30 \text{ кг/м}^2$ або $IMT \geq 27 \text{ кг/м}^2$ та ускладненнями, пов'язаними з надлишком жиру в організмі. Фармакотерапія має поєднуватися з лікувальною дієтотерапією, фізичною активністю та психологічними методами: ліраглутид 3,0 мг (рівень 2а, категорія В) [135-137], комбінація налтрексон/бупропіон (рівень 2а, ступінь В) [138], орлістат (рівень 2а, ступінь В) [139].

3.3.2. Фармакотерапію можна використовувати для тривалого зниження МТ (що досягають завдяки здоровому способу життя) та для запобігання її збільшенню (ліраглутид 3,0 мг або орлістат) (рівень 2а, ступінь В) [140].

3.3.3. В осіб із ЦД 2 типу й $IMT \geq 27 \text{ кг/м}^2$ фармакотерапію можна використовувати в поєднанні зі здоровим способом життя (для втрати МТ і поліпшення глікемічного контролю): ліраглутид 3,0 мг (рівень 1а, ступінь А) [141], комбінація налтрексон/бупропіон (рівень 2а, ступінь В) [142], орлістат (рівень 2а, ступінь В) [143].

3.3.4. Ми рекомендуємо фармакотерапію в поєднанні зі здоровим способом життя особам із переддіабетом і НадМТ або ожирінням ($IMT \geq 27 \text{ кг/м}^2$), щоб загальмувати розвиток або запобігти ЦД 2 типу: ліраглутид 3,0 мг (рівень 2а, ступінь В) [2], орлістат (рівень 2а, ступінь В) [144].

3.3.5. Ми не рекомендуємо використовувати безрецептурні препарати, якщо вони не схвалені міжнародними погоджувальними документами для контролю МТ (рівень 4, ступінь D, консенсус).

3.3.6. Для осіб, які мають НадМТ або ожиріння та потребують фармакотерапії у зв'язку з іншими патологічними станами, ми пропонуємо обирати лікарські засоби, що не асоціюються з набором МТ (рівень 4, ступінь D, консенсус).

3.4. Механізми дії та ефективність фармакотерапії, схваленої для лікування ожиріння

3.4.1. Орлістат

Орлістат – напівсинтетичне похідне ліпстатину. Препарат було схвалено для терапії ожиріння в низці країн у 1998-1999 рр. Це потужний селективний інгібітор панкреатичної ліпази. Він пригнічує перехід харчових ТГ до вільних жирних кислот, які здатні всмоктуватись. Як наслідок, близько 30% уживаних ТГ екскретується, головним чином із калом, що спричиняє дефіцит калорій [145]. Наразі орлістат є єдиним засобом для терапії ожиріння, що не має специфічного впливу на апетит або механізми насичення. Канадська програма Health Canada схвалила орлістат як засіб для зниження МТ або ризику її набору після попередньої втрати в пацієнтів з $IMT \geq 30 \text{ кг/м}^2$ або $IMT \geq 27 \text{ кг/м}^2$ за наявності супутніх захворювань (наприклад, АГ, ЦД 2 типу, дисліпідемії,

надмірна кількість вісцерального жиру) [146]. Схвалена доза становить 120 мг 3 рази на добу під час прийому їжі чи впродовж 1 години після.

Систематичний огляд і метааналіз рандомізованих контрольованих досліджень орлістату (120 мг 3 рази на добу) повідомили про середнє зниження МТ (за відрахуванням ефекту плацебо) -2,9% через 1 рік після початку терапії [147]. Крім того, 54 та 26% пацієнтів досягли ≥ 5 та $\geq 10\%$ втрати МТ відповідно порівняно із 33 та 14% пацієнтами в групі плацебо [147]. Показано, що орлістат ефективно підтримує МТ після її зниження на дуже низькокалорійній дієті протягом 8 тижнів. У групі орлістату набір МТ був меншим, ніж у групі плацебо через 3 роки спостереження (4,6 проти 7,0 кг) [148].

Проте лікування орлістатом асоціюється зі значними шлунково-кишковими ефектами, зокрема жировими плямами на нижній білизні, жирними випороженнями, флатуленцією з виділенням калу, імперативними позивами до дефекації та збільшеною дефекацією [147]. Ці несприятливі ефекти можуть спонукати пацієнтів, які не бажають обмежувати харчові жири, до припинення терапії. Довготривалий аналіз терапії ожиріння в Канаді показав, що впродовж 6 місяців, 1 та 2 років орлістат приймали 18, 6 і 2% пацієнтів відповідно [149]. Орлістат впливає на всмоктування жиророзчинних вітамінів, а саме А, D, Е, К. Необхідно повідомляти пацієнтів про це та рекомендувати прийом мультивітамінів щонайменше за 2 години до чи після прийому орлістату [146].

Орлістат протипоказаний хворим із хронічним синдромом мальабсорбції чи холестазом. У деяких пацієнтів на тлі прийому препарату підвищується концентрація оксалатів у сечі. Повідомлено також про випадки оксалатної нефропатії з нирковою недостатністю [150]. Крім того, відзначено рідкісні тяжкі ураження печінки та гостру печінкову недостатність [146].

Препарат впливає на абсорбцію вітаміну К. Тож, якщо пацієнт приймає пероральні антикоагулянти, необхідно ретельно моніторувати міжнародне нормалізоване відношення. Орлістат порушує всмоктування левотироксину та/або солей йоду. У хворих, які приймають левотироксин, треба моніторувати функцію щитоподібної залози. Спостерігали зменшення плазмового рівня циклоспорину в разі одночасної терапії орлістатом. Отже, в таких пацієнтів перевіряти рівень циклоспорину необхідно частіше. Орлістат змінює абсорбцію антиконвульсантів, тому хворі, які приймають такі препарати, мають бути під наглядом, щоби встановити, чи змінюється в них частота та/або тяжкість судом.

Украй невеликий ефект орлістату щодо зниження МТ порівняно з плацебо, а також побічні дії з боку шлунково-кишкового тракту обмежують його рутинне призначення в пацієнтів із НадМТ або ожирінням.

3.4.2. Ліраглутид

Сьогодні лідером у терапії ожиріння є ліраглутид. Він є аналогом ГПП-1 людини й діє на центральні проопіомеланокортинові CART-нейрони. Засіб

прискорює насичення, робить його тривалішим і пригнічує відчуття голоду. Крім того, ліраглутид транзиторно гальмує спорожнення шлунка [151, 152].

Ліраглутид стимулює вивільнення інсуліну та пригнічує глюкагон, коли підвищується глюкоза, завдяки чому цей лікарський засіб було схвалено FDA у 2010 р. для терапії ЦД 2 типу в добовій дозі 1,2 або 1,8 мг. У 2019 р. було схвалено розширені показання для дітей від 10 років із ЦД 2 типу.

У 2014 р. ліраглутид 3,0 мг схвалено FDA для лікування ожиріння. У 2015 р. препарат ухвалено в низці країн для тривалої терапії ожиріння в дорослих незалежно від наявності ЦД 2 типу в добовій дозі 3,0 мг. В Україні ліраглутид зареєстрований у 2021 р., при цьому рекомендована початкова доза становить 0,6 мг на добу з наступною щотижневою титрацією по 0,6 мг до досягнення цільової дози 3,0 мг на добу. У 2020 р. FDA узгодило використання ліраглутиду в педіатричній практиці для лікування дітей з ожирінням віком понад 12 років.

Коментар робочої групи: станом на 01.12.2022 в Україні лікарський засіб ліраглутид зареєстровано для дорослих пацієнтів, віком від 18 років.

В осіб із нормоглікемією чи переддіабетом прийом ліраглутиду 3,0 мг упродовж 1 року на тлі модифікації способу життя зумовлює зниження МТ на 8,0%. У групі плацебо (лише модифікація способу життя) втрата МТ становила 2,6% [153]. Якщо навести ці результати у вигляді категорійних даних, то через 1 рік терапії 63,2% пацієнтів, які приймали ліраглутид, втратили $\geq 5\%$ МТ, тоді як у групі плацебо таких пацієнтів виявилось 27,1% [153]. Втрата $\geq 10\%$ МТ реєструвалася в 33,1 та 10,6% осіб відповідно. Серед пацієнтів із переддіабетом результат оцінювали через 3 роки. Стійка втрата МТ у групі ліраглутиду становила 6,1% проти 1,9% у групі плацебо [154]. Слід також зазначити: якщо на низькокалорійній дієті втрата МТ дорівнювала 6,0%, то призначення ліраглутиду в дозі 3,0 мг разом із модифікацією способу життя забезпечило додаткове зменшення МТ на 6,2% наприкінці першого року лікування (порівняно з -0,2% у групі плацебо, де застосовували лише постійну консультацію з модифікації способу життя). Пацієнтів, здатних підтримувати початкову втрату $\geq 5\%$ МТ, у групі ліраглутиду було більше (81,4%), ніж серед тих, хто отримував плацебо (48,9%). Осіб, у яких набір МТ становив $\geq 5\%$, на ліраглутиді виявилось менше (1,9%), ніж у групі плацебо (17,5%) [155].

Найпоширенішим побічним ефектом ліраглутиду є нудота внаслідок транзиторного гальмування шлункового спорожнення. Пацієнтів також турбують закреп, діарея, серцебиття та блювання. Повільніша титрація дози допомагає зменшити побічні ефекти з боку шлунково-кишкового тракту. Порівняно з плацебо ліраглутид збільшує на 1,4% ризик утворення конкрементів у жовчному міхурі [156]. Також ліраглутид порівняно з плацебо несуттєво підвищує ризик панкреатиту. Більшість таких випадків було виявлено в пацієнтів із супутньою жовчнокам'яною хворобою. Ліраглутид протипоказаний пацієнтам із власним або родинним анамнезом медулярного

раку щитоподібної залози чи з власним анамнезом множинних ендокринних неоплазій 2 типу. Це пояснюється тим, що при проведенні експериментального дослідження впливу препарату на гризунів було продемонстровано збільшений ризик медулярного раку щитоподібної залози. У клінічних дослідженнях за участі людей не було випадків розвитку медулярного раку щитоподібної залози. Крім цього, важливо розуміти, що ліраглутид гальмує спорожнення шлунка, що може призводити до порушення всмоктування пероральних медикаментів, які приймає пацієнт у період лікування ліраглутидом.

3.4.3. Налтрексон гідрохлорид / бупропіон гідрохлорид

Налтрексон – антагоніст опіоїдних рецепторів, який застосовували впродовж десятиріч для терапії алкогольної й опіоїдної залежностей. Бупропіон широко використовують як антидепресант, що інгібує зворотне захоплення допаміну та норадреналіну. У Канаді препарат із тривалим вивільненням налтрексон/бупропіон (загальна добова доза – 32/360 мг) було схвалено для тривалої терапії ожиріння у 2018 р. Бупропіон індукує насичення завдяки центральній дії, збільшуючи утворення та вивільнення α -меланоцитного стимулювального гормону й β -ендорфіну з проопіомеланокортинових клітин в аркутанних ядрах гіпоталамусу, блокуючи μ -опіоїдні рецептори. Налтрексон/бупропіон також впливає на мезолімбічну систему заохочення та знижує тягу до їжі [157]. Наявність синергічної дії підтверджується тим, що самотійний прийом бупропіону чи налтрексону не забезпечує клінічно значущої втрати МТ [158].

Кожна таблетка комбінації містить 8 мг налтрексону та 90 мг бупропіону. Згідно з рекомендованою схемою титрації, впродовж першого тижня приймають 1 таблетку з наступним збільшенням на 1 таблетку щотижнево до досягнення підтримувальної дози (2 таблетки двічі на добу, загальна доза – 32/360 мг).

До частих побічних ефектів, пов'язаних із застосуванням налтрексону/бупропіону, належать нудота, закрепи, головний біль, блювання, розлади сну, синдром сухого рота, запаморочення й діарея; здебільшого нудота є транзиторною та виникає на тлі титрації.

Засіб протипоказаний пацієнтам із неконтрольованою АГ. Прийом будь-яких опіатів також є абсолютним протипоказанням. Лікування опіатами має бути скасовано за 7-10 діб до початку прийому налтрексону/бупропіону, що дає змогу запобігти синдрому відміни опіатів [161].

Значна кількість лікарських засобів може взаємодіяти з налтрексоном/бупропіоном. Перед тим як призначити налтрексон/бупропіон, треба врахувати його потенційні взаємодії з іншими препаратами. Пацієнтам, які вже приймають налтрексон/бупропіон, медикаменти, що метаболізуються системою CYP2D6, призначають у мінімальних рекомендованих дозах із наступною обережною титрацією: зокрема, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, β -адреноблокатори (метапролол), антипсихотичні засоби, антиаритмічні препарати класу 1С (пропафенон), численні трициклічні

антидепресанти (циталопрам, рисперидон, дезипрамін) [163]. Якщо пацієнт уже приймає зазначені медикаменти, треба розглянути доцільність зниження їхньої дози за призначення налтрексону/бупропіону. Бупропіон також зменшує ефективність тамоксифену, тому їх не треба призначати одночасно.

Бупропіон метаболізується головним чином ферментною системою CYP2D6. Тому в разі прийому інгібіторів CYP2D6 (наприклад, тиклопідину, клопідогрелю) не треба призначати налтрексон/бупропіон у дозі, вищій за 1 таблетку 2 рази на добу [164]. Необхідно уникати застосування налтрексону/бупропіону в пацієнтів, які приймають індуктори CYP2D6, оскільки вони зменшують ефективність препарату, обмежуючи вплив бупропіону (ритонавір, лопінавір, ефавіренц, карбамазепін, фенобарбітал, фенітоїн) [163]. За одночасного прийому з допамінергічними засобами (леводопа, амантадин) комбінація налтрексон/бупропіон має токсичний вплив на центральну нервову систему.

3.5. Вплив фармакотерапії на стан здоров'я

3.5.1. Профілактика ЦД 2 типу

ЦД 2 типу є частим ускладненням ожиріння, а профілактика ЦД – важлива мета тривалої терапії ожиріння. Людина з переддіабетом має високий ризик розвитку ЦД 2 типу. Впродовж 3-5 років він виникає в близько 25% осіб із підвищеною глікемією натщесерце чи порушеною толерантністю до глюкози [165]. В осіб із переддіабетом втрата 1 кг МТ асоціюється зі зменшенням відносного ризику ЦД 2 типу на 16% [166].

Фармакотерапія ожиріння здатна гальмувати розвиток ЦД 2 типу чи запобігати йому. Вплив орлістату на профілактику ЦД вивчали в клінічному випробуванні, що охоплювало 3305 пацієнтів з ожирінням і нормальною (79%) або порушеною (21%) толерантністю до глюкози. Пацієнтів рандомізовано розподілили на дві групи. В обох групах змінювали спосіб життя, а далі в одній із них додавали орлістат, а в іншій – плацебо. Через 4 роки лікування кумулятивна частота ЦД становила 6,2% у групі орлістату та 9,0% у групі плацебо, тобто ризик прогресування до ЦД зменшувався на 37,3%. Порівняно з нормоглікемією за порушеної толерантності до глюкози пацієнти отримували від орлістату більше користі з точки зору його здатності знижувати частоту прогресування до ЦД. Вторинний аналіз показав, що первинна причина більш ефективної профілактики ЦД полягає в більшій втраті МТ [167].

Ліраглутид 3,0 мг виявився ефективним засобом для запобігання та гальмування розвитку ЦД 2 типу в осіб із переддіабетом. У клінічне випробування SCALE Obesity and Prediabetes було залучено 2254 пацієнтів, які приймали ліраглутид 3,0 мг (n=1505) або плацебо (n=749) додатково до змін у способі життя. Впродовж 3-річного лікування порівняно з плацебо на ліраглутиді 3,0 мг час до розвитку ЦД 2 типу був у 2,7 раза довшим, а його ризик зменшувався на 79% [154]. Такий позитивний вплив, найімовірніше, зумовлювався поєднанням антигіперглікемічного ефекту ліраглутиду з опосередкованою ним втратою МТ.

Результатів досліджень, у яких вивчалася б ефективність налтрексону/бупропіону в профілактиці ЦД, ще немає.

У процесі систематичного огляду ми знайшли одне рандомізоване контрольоване клінічне випробування, що досліджувало ефективність ексенатиду (аналог ГПП-1 короткої дії) порівняно з плацебо. Вивчався вплив препарату на МТ і толерантність до глюкози в осіб з ожирінням і нормоглікемією, порушеною толерантністю до глюкози чи підвищеною глікемією натщесерце. Ексенатид призначали впродовж 24 тижнів на тлі змін у способі життя [168]. У групі ексенатиду втрата МТ становила 5,1 кг порівняно з 1,6 кг у групі плацебо. Ексенатид відновлював порушену толерантність до глюкози в 77% пацієнтів, тимчасом як у групі плацебо цей показник дорівнював 56%. Ексенатид не показаний ані для терапії ожиріння, ані для профілактики ЦД 2 типу.

Коментар робочої групи: станом на 01.12.2022 в Україні комбінований лікарський засіб ексенатид не зареєстрований.

3.5.2. ЦД 2 типу

У пацієнтів із ЦД 2 типу на тлі ожиріння порівняно з пацієнтами з нормальною МТ контроль глікемії, АТ й ліпідного профілю є гіршим, а використання ліпідознижувальних й антигіпертензивних лікарських засобів – частішим [169].

Розглядати вплив антидіабетичної терапії на МТ треба в контексті вибору такого медикаменту, що забезпечує найбільший контроль глікемії. Агоністи рецепторів ГПП-1 та інгібітори котранспортера натрію/глюкози, крім поліпшення глікемічного контролю, також сприяють втраті МТ. Метформін, інгібітори дипептидилпептидази-4 й акарбоза на МТ зазвичай не впливають. Інсулін, стимулятори його вивільнення та тiazолідиндіони спричиняють набір МТ [170]. Фармакотерапія ожиріння поліпшує контроль ЦД і може бути корисною для втрати МТ.

Встановлено, що орлістат покращує глікемічний контроль за ЦД 2 типу. Один із метааналізів залучив дані 2550 осіб із ЦД 2 типу й ожирінням. Пацієнтів рандомізували на групи орлістату (120 мг тричі на добу) та плацебо. Було показано, що орлістат у середньому статистично значніше зменшує глікемію натщесерце та HbA_{1c} , ніж плацебо (1,39 проти 0,47 ммоль/л і 0,74 проти 0,31% відповідно) [170]. У групі орлістату втрата МТ становила 3,8 кг порівняно з 1,4 кг у групі плацебо. Первинною причиною поліпшення глікемічного контролю на тлі прийому орлістату була втрата МТ, хоча препарат також мав позитивні метаболічні ефекти, які не залежали від впливу на МТ. Серед пацієнтів із мінімальною втратою МТ (1% від вихідного показника) орлістат статистично значніше знижував глікемію натщесерце (0,83 проти 0,02 ммоль/л) і HbA_{1c} (0,29 проти 0,14%) [143].

У клінічному випробуванні SCALE ліраглутид 3,0 мг порівнювали з ліраглутидом 1,8 мг і плацебо (на додачу до зміни способу життя). При цьому

досліджували осіб з ожирінням і ЦД 2 типу, які приймали пероральні засоби та дотримувалися здорового способу життя. Через 1 рік ліраглутид 3,0 мг зменшував МТ на 6,0% (n=423) порівняно з 4,7% на ліраглутиді 1,8 мг (n=211) та 2,0% на плацебо (n=212). Клінічно значущу втрату МТ на $\geq 5\%$ досягали 54,3% пацієнтів на ліраглутиді 3,0 мг проти 40,4% на ліраглутиді 1,8 мг і 21,4% на плацебо. Втрата МТ на $\geq 10\%$ відбувалася у 25,2% пацієнтів на ліраглутиді 3,0 мг проти 15,9% на ліраглутиді 1,8 мг і 6,7% на плацебо (лише модифікація способу життя). Ліраглутид 3,0 мг зменшував HbA_{1c} на 1,3% порівняно з 1,1% на ліраглутиді 1,8 мг і 0,3% на плацебо. Крім того, ліраглутид у дозах 3,0 та 1,8 мг зменшує сумарне використання пероральних антигіперглікемічних засобів порівняно з плацебо [141].

3.5.3. Інші чинники серцево-судинного ризику

Втрата МТ, якої досягають завдяки фармакотерапії, може сприяти не лише контролю глікемії, а й корекції чинників серцево-судинного ризику.

У метааналізі продемонстровано, що орлістат помірно поліпшує ліпідний профіль і злегка зменшує рівень АТ (Додаток 22) [171].

Ліраглутид порівняно з плацебо знижує САТ на 2,8 мм рт. ст., а також помірно поліпшує ліпідний профіль. Збільшення частоти серцевих скорочень на 2 уд/хв було відмічено серед осіб з ожирінням та переддіабетом через 3 роки [136].

Встановлено, що в пацієнтів із ЦД 2 типу ліраглутид у дозах 1,2-1,8 мг зменшує частоту серцево-судинних подій і рівень летальності [172]. Ці дані були прийняті FDA як достатній доказ кардіоваскулярної безпечності ліраглутиду 3,0 мг в осіб з ожирінням без ЦД 2 типу.

Для орлістату таких випробувань не існує.

Отже, дотепер немає рандомізованих клінічних випробувань лікарських засобів для терапії ожиріння, в яких було би продемонстровано зменшення частоти серцево-судинних подій або летальності в осіб без ЦД.

3.5.4. Інші супутні хвороби, пов'язані з ожирінням

Втрата МТ поліпшує перебіг супутніх хвороб, асоційованих з ожирінням, зокрема стеатозу печінки, СПКЯ, обструктивного апное уві сні й остеоартриту.

3.5.4.1. НАСГ

У невеликому дослідженні (n=41) осіб з ІМТ >27 кг/м², у яких НАСГ верифікували за допомогою біопсії, було розподілено на дві групи. В обох групах пацієнти отримували дієту з калорійністю 1400 ккал на добу та вітамін Е (800 МО на добу). Проте в одній групі впродовж 36 тижнів призначали орлістат, а в іншій – ні. На тлі терапії групи не відрізнялися за позитивною динамікою печінкових ферментів та індексом активності хвороби. Також не спостерігали значущих відмінностей за втратою МТ (-8,3% на орлістаті проти -6,0% на плацебо). Орлістат не збільшував втрату МТ, не поліпшував печінкових ферментів, не зменшував рівень інсулінорезистентності та не покращував гістопатологічних змін. Особи зі значнішою втратою МТ

характеризувалися кращою динамікою індексу активності НАСГ як у групі орлістату, так і в групі плацебо [173].

У невеликому дослідженні (n=52) терапія ліраглутидом у дозі 1,8 мг на добу сприяла повному зворотному розвитку НАСГ у 39% хворих порівняно з 9% у групі плацебо. Ці висновки базувалися на результатах біопсії печінки, яку виконували через 48 тижнів лікування. Отриманий результат можна пояснити комбінованою дією втрати МТ із безпосереднім позитивним впливом на печінку молекули ліраглутиду [174].

Ефекти налтрексону/бупропіону за НАСГ іще не вивчено.

Попри суперечливість даних, деякі невеликі дослідження свідчать, що метформін зменшує ІМТ на 0,5-1,3 кг/м². При НАСГ це знижує активність амінотрансфераз та/або покращує гістологічні зміни в печінці [175, 176].

3.5.4.2. СПКЯ

У невеликому дослідженні за участю жінок із СПКЯ терапія ліраглутидом у дозі 1,8 мг упродовж 26 тижнів сприяла «чистій» (за відрахуванням ефекту плацебо) втраті МТ на 5,2 кг, зменшувала вміст печінкового й вісцерального жиру та забезпечувала зворотний розвиток НАСГ [177, 178]. У дослідженні не оцінювали частоту менструацій, фертильність або прояви гірсутизму.

Немає досліджень належної якості, в яких вивчали б орлістат або налтрексон/бупропіон за СПКЯ.

За даними одного систематичного огляду та метааналізу [179], у жінок із СПКЯ терапія метформіном впродовж 6 місяців разом зі змінами способу життя злегка зменшує ІМТ (-0,73 кг/м²) та покращує менструації (порівняно зі зміною способу життя без метформіну). Проте в іншому систематичному огляді та метааналізі для такої самої популяції жінок не вдалося продемонструвати вплив метформіну на МТ [180].

У невеликому дослідженні, до якого залучили жінок із СПКЯ та НадМТ, зіставляли ексенатид, метформін та їхню комбінацію. Встановлено, що в обох групах дослідження, де був ексенатид, діагностовано втрату МТ, але в групі з метформіном втрата була більшою та становила -6,0 кг (ексенатид + метформін), порівняно з групою на монотерапії ексенатидом (-3,2 кг) і монотерапії метформіном (-1,6 кг). Застосування комбінації ексенатиду з метформіном мала позитивніший вплив на регулярність менструального циклу та частоту овуляцій порівняно з групами пацієток, які отримували монотерапію будь-яким із цих препаратів [181].

3.5.4.3. Обструктивне апное уві сні

Єдиним засобом для фармакотерапії ожиріння, вплив якого на перебіг обструктивного апное уві сні оцінено в спеціальному дослідженні, є ліраглутид. У пацієнтів із помірним або тяжким обструктивним апное уві сні, які були не здатні чи не бажали користуватися пристроєм CPAP, ліраглутид 3,0 мг на тлі змін у способі життя значуще зменшував кількість подій апное/гіпопное (-12,2 проти -6,1 події на годину на тлі здорового способу життя без призначення лікарського засобу) [182].

3.5.4.4. Остеоартрит

Вплив фармакотерапії ожиріння на перебіг остеоартриту належним чином іще не вивчено.

3.5.4.5. Психічне здоров'я та якість життя

Вибір фармакотерапії психічних розладів (наприклад, депресії чи психозу) має враховувати вплив лікарського засобу на МТ. Це стосується й тих препаратів, які призначають у разі розладів харчової поведінки чи синдрому гіперактивності й дефіциту уваги.

Зв'язок між психічним здоров'ям та ожирінням є складним. Однак у більшості досліджень встановлено, що успіх терапії ожиріння асоціюється з поліпшенням показників психічного здоров'я. У деяких, але не в усіх клінічних випробуваннях показано, що втрата МТ асоціюється з поліпшенням ЯЖ. Оскільки більшість засобів для терапії ожиріння діє на мозок, важливо дослідити їхній вплив на психічне здоров'я та впевнитися в їхній безпечності.

Було продемонстровано, що ліраглутид 3,0 мг покращує ЯЖ, пов'язану зі здоров'ям, в осіб з ожирінням і переддіабетом [183] та ЯЖ, пов'язану з МТ, у пацієнтів із ЦД 2 типу [184]. Також встановлена нейропсихіатрична безпечність цього засобу [185].

Доведена здатність налтрексону/бупропіону поліпшувати ЯЖ, пов'язану з МТ, більшою мірою, ніж плацебо. Учасники дослідження, котрі зазнавали найзначнішої втрати МТ, мали найбільше поліпшення щодо ЯЖ, пов'язаної з МТ. Цей ефект не залежав від того, чим була спричинена втрата МТ: налтрексоном/бупропіоном або плацебо. Отже, покращання ЯЖ залежить не так від лікарського засобу, як від втрати МТ [186]. Упродовж тривалого часу існувала стурбованість щодо того, чи не спричиняють антидепресанти (рідко й парадоксальним чином) погіршення депресії та/або суїцидальних ідей / поведінки на ранній фазі лікування. У плацебо-контрольованому клінічному випробуванні налтрексону/бупропіону, що застосовували для терапії ожиріння в дорослих пацієнтів, протягом 56 тижнів лікування не було зареєстровано жодного суїцидального випадку чи спроби. Суїцидальні ідеї було виявлено в 3 (0,20%) із 1515 пацієнтів, які отримували плацебо, порівняно з 1 (0,03%) із 3239 хворими, котрі приймали налтрексон/бупропіон. Отже, треба завжди дотримуватися обережності (в тому числі з'ясовувати суїцидальні поведінку й ідеї) на тлі терапії налтрексоном/бупропіоном.

Збільшення МТ – поширений побічний ефект деяких антипсихотичних засобів. Було здійснено систематичний огляд / метааналіз, який поєднував 12 подвійних сліпих рандомізованих плацебо-контрольованих клінічних випробувань тривалістю від 12 до 24 тижнів. Вони загалом залучили 743 хворих на шизофренію та шизоафективні розлади. Було встановлено, що для цієї популяції ефективним є метформін, який використовували для корекції набору МТ, спричиненого антипсихотичними засобами. Порівняно з плацебо метформін сприяв у дорослих пацієнтів втраті МТ на -3,2 кг. Вплив метформіну є найбільшим на початку терапії антипсихотиками. Зокрема, порівняно з плацебо метформін зумовлює втрату МТ на -5,9 кг, якщо його

призначають на початку лікування, та лише -2,1 кг, якщо додають на пізніших етапах терапії антипсихотиками [187].

3.6. Лікарські засоби, дані щодо яких недостатні, щоби призначати їх для терапії ожиріння

Загальновідомо, що в клінічних закладах іноді призначають низку незатверджених препаратів як допоміжні засоби в терапії ожиріння. Здійснивши огляд літератури, ми стверджуємо, що не існує достатніх даних, які дають змогу використовувати фармакотерапію чи гормональні засоби (тестостерон, тиреоїдні гормони), не обговорені в цьому документі.

У двох окремих рандомізованих плацебо-контрольованих клінічних випробуваннях оцінювали здатність топірамату (його приймали впродовж 24-40 тижнів) зменшувати МТ у пацієнтів з ожирінням і ЦД 2 типу. Дослідження продемонстрували клінічно значущу втрату МТ на 4,5-6,6 та 6,5-9,1% в осіб, які приймали препарат у дозі 96 і 192 мг на добу відповідно. Водночас у групі плацебо втрата МТ дорівнювала 1,7-2,5% [188, 189]. Хоча топірамат не призначений для фармакотерапії ожиріння, його доцільність можна обговорювати, якщо цей засіб має бути призначений за іншим показанням (наприклад, для протисудомної терапії чи лікування мігрені) пацієнту, для якого втрата МТ є клінічно важливою проблемою.

У систематичному огляді / метааналізі оцінювали метаболічні ефекти флуоксетину (60 мг на добу) та його вплив на МТ у 215 дорослих осіб із НадМТ або ожирінням і ЦД 2 типу. Порівняно з плацебо флуоксетин сприяв втраті МТ на -4,3 кг. Обстежені пацієнти не мали депресії. У залучених чотирьох дослідженнях повторні огляди пацієнтів відбулися через 6-12 місяців, і лише в одному, п'ятому, дослідженні повторний огляд здійснювали через 2 місяці. Флуоксетин не призначають для втрати МТ, але його можна розглянути для тих хворих, хто потребує цей препарат за іншими показаннями (наприклад, депресія) й має при цьому потребу зменшити МТ.

У нещодавньому огляді узагальнено дані щодо лікарських засобів, які доступні в Канаді й можуть спричиняти набір МТ. Окрім того, наведено інформацію про препарати, що можна застосовувати як альтернативні [54].

Фентермін і топірамат (із контрольованим вивільненням) ухвалені в деяких країнах як засоби для комбінованої терапії ожиріння. Фентермін пригнічує апетит, інгібуючи в нейронах нейропептид Y / агуті-пов'язаний пептид і збільшуючи енергетичні витрати. Механізм, завдяки якому топірамат забезпечує втрату МТ, ще не з'ясований і може залучати декілька шляхів. Через 1 рік втрата МТ (за відрахуванням ефекту плацебо) становила -6,6% на найнижчій дозі (7,5/46 мг) та -8,6% на найвищій дозі (15/92 мг) [190]

Коментар робочої групи: станом на 01.12.2022 в Україні комбінований лікарський засіб фентермін/топірамат не зареєстрований.

3.7. Нові методи фармакотерапії ожиріння

Семаглутид, який ухвалено для лікування ЦД 2 типу в Канаді, США та деяких країнах Європи, нині вивчається в клінічному випробуванні як потенційний засіб для тривалої терапії ожиріння. За даними програми клінічного випробування SUSTAIN (Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes), в осіб із ЦД 2 типу, які підшкірно отримували семаглутид 1,0 мг упродовж 30-56 тижнів, втрата МТ становила від -4,5 до -6,5 кг (плацебо-відрахування втрати МТ дорівнювало -0,5 кг) [191]. Учасники з обох груп, що отримували семаглутид (0,5 та 1,0 мг щотижнево), досягали $\geq 5\%$ втрати МТ у 65,7% випадків порівняно з 11,3% у групі плацебо. Серед пацієнтів із ЦД 2 типу та встановленим ССЗ або високим кардіоваскулярним ризиком семаглутид у дозі 0,5 та 1,0 мг щотижнево через 2 роки терапії зумовлював втрату МТ на -2,9 та -4,3 кг відповідно порівняно з плацебо [192]. Також впродовж 2 років лікування семаглутид у хворих (віком ≥ 50 років) на ЦД 2 типу зі встановленим ССЗ або високим кардіоваскулярним ризиком порівняно з плацебо зменшував частоту серцево-судинних подій (серцевий ритм – 0,74; 95% ДІ 0,58-0,95) [192]. В осіб з ожирінням без ЦД семаглутид у дозі 0,4 мг на добу підшкірно зменшував МТ на -13,8% порівняно з -2,3% на тлі прийому плацебо [60]. Нині триває клінічне випробування, в якому досліджують серцево-судинні події при ожирінні без ЦД, але із серцево-судинними подіями в анамнезі.

Досліджено численні терапевтичні підходи, зокрема монотерапію чи комбіноване лікування різними гормональними засобами (наприклад, ГПП-1, гастроінтестинальним пептидом, глюкагоном, оксинтомодуліном, амліном, РУУЗ-36). Передбачають, що призначення комбінацій цих гормонів може бути корисним, оскільки МТ регулюється великою кількістю гормонів.

Prevention and Harm Reduction of Obesity (Clinical Prevention). СМАЖ August 4, 2020

4. Профілактика та зменшення шкоди від ожиріння (клінічна профілактика)

4.1. Первинна профілактика

Метою первинної профілактики в першу чергу є мінімізація збільшення МТ та запобігання виникненню НадМТ або ожиріння. Вважається, що первинна профілактика є найбільш економічно ефективним варіантом боротьби з ожирінням [193]. Через високу поширеність ожиріння можна стверджувати, що популяційні заходи, які направлені на первинну профілактику, можуть бути більш доцільними, ніж заходи, спрямовані на фактори індивідуальної профілактики. Зазвичай пропоновані цілі включають: оподаткування нездорової їжі/напоїв [194], прописана калорійність у меню [195], програми здорового харчування та субсидії, обмеження реклами харчових продуктів та напоїв, доступні варіанти ФА [196] та вирішення соціальних детермінант здоров'я, що негативно впливають на здатність людини приділяти час або ресурси основам здорового способу життя.

Хоча зрозуміло, що не правильні харчові звички та недостатня ФА є важливими факторами ризику розвитку НадМТ та ожиріння, можуть існувати

й інші фактори, які відіграють значну роль. Це означає, що клініцисти повинні розглядати основну причину збільшення МТ, а не зосереджуватися лише на симптомі як такому. Для прикладу, стрес, позмінна робота або недостатній сон можуть бути основною причиною збільшення споживання їжі; депресія та втома можуть призвести до зниження ФА. Крім того, залежно від ситуації, більш розумною метою може бути зменшення приросту МТ, а не запобігання її збільшенню або зменшенню.

Насьогодні є дуже мало рандомізованих контрольованих досліджень, які вивчають первинну профілактику НадМТ та ожиріння. З опублікованих, більшість досліджує короткі періоди часу, які пов'язані з високим ризиком швидкого приросту МТ. Дуже мало опублікованих досліджень демонструють ефективність заходів, які направлені на популяцію взагалі. Більшість досліджень демонструють вплив харчової поведінки або ФА, але залишається незрозуміло, чи ці результати є клінічно значущими у випадку НадМТ або ожиріння [197].

Більшість доказів того, що дієта та ФА відіграють роль у запобіганні нездорового збільшення МТ ґрунтуються на обсерваційних дослідженнях [198-201]. Обсерваційні дослідження не надають переконливих доказів, на яких можна базувати рекомендації. Проте, відсутність переконливих доказів у рекомендаціях щодо профілактики ожиріння, не обов'язково перешкоджає їх практичному застосуванню клініцистами. Важливо також враховувати, що існує декілька проблем і перешкод притаманних для проведення профілактичних досліджень у цілому.

Наука створена для того, щоб бачити зміни, а не їх відсутність:

з точки зору стандартних наукових методів, дослідження направлені на виявлення відмінностей внаслідок втручання. Проте, методи визначення відсутності змін (у цьому випадку профілактика ожиріння) менш узгоджені. Через це у дослідженнях, які вивчають заходи запобігання збільшення МТ, використовується контрольна група високого ризику (із значним приростом МТ). Щоб продемонструвати здатність незначного зменшення МТ (0,5-1 кг/рік), яке спостерігається у загальній популяції, потрібен дуже великий розмір вибірки, що ускладнює проведення та реалізацію таких досліджень.

Ожиріння формується тривалий час:

дослідження первинної профілактики має включати репрезентативну вибірку осіб із низьким ризиком, та забезпечити заходи, які вкажуть на зниження ризику хвороби (тобто ожиріння). Проте, оскільки середнє збільшення МТ у канадців становить 0,5-1,0 кг на рік [202], людина зростом 170 см з ІМТ 22,5 кг/м² збільшуватиме свій ІМТ на одну одиницю кожні півтора-три роки, що складе близько 10-20 років до виникнення власне ожиріння. Це підкреслює довгострокову природу ожиріння та те, наскільки важко його вивчати.

Лікарі постійно консультують пацієнтів щодо профілактики інших станів:

рандомізовані контрольовані дослідження первинної профілактики, які вивчають фактори ризику збільшення МТ, є обмеженими. У загальній популяції проведені короткі дослідження дієтичних втручань, які вивчали конкретні продукти, як-от йогурт [203], добавки сироваткового білка [204] або поліненасичені жирні кислоти [205], але наразі докази цих досліджень є недостатніми саме щодо первинної профілактики НадМТ або ожиріння. Короткострокові дослідження повідомляли, що поведінкова терапія (самозважування, часті нагадування щодо МТ або саморефлексія), може асоціюватися зі значно меншим приростом МТ або навіть схуднення під час свят [206,207]. Є також дані, що заходи застосовані на робочому місці, були успішними в покращенні знань і поведінки, але менш імовірно повідомляли про покращення ситуації щодо НадМТ або ожиріння [208,209], якщо вони не були спрямовані власне на зниження МТ у цій досліджуваній когорті [210,211].

Більшість профілактичних досліджень вивчає цю проблему у популяціях із високим ризиком або впродовж коротких періодів часу, пов'язаних із високим ризиком збільшення МТ, як-от період вагітності або після пологів [212, 213, 214], припинення куріння [215, 216], певне лікування раку [217], лікування препаратами, які впливають на збільшення МТ [218, 219] та у період вагітності менопауза [220]. Найбільше уваги приділялося обмеженню збільшення МТ під час вагітності та після пологів; доведено ефективність поведінкового втручання. Обмежені фармакологічні можливості для запобігання збільшенню МТ здебільшого досліджувалися у популяціях з високим ризиком ожиріння, як-от ЦД та застосування антипсихотичних препаратів.

4.1.1. Вагітність: гестаційне збільшення маси тіла та її утримання після пологів

Вагітність – період швидкого збільшення МТ. Канадські рекомендації вказують на те, що приріст МТ впродовж вагітності повинен становити від 5 до 18 кг [221], залежно від ІМТ жінки до вагітності. Насправді половина канадських жінок перевищує ці рекомендації. Дослідження вказують на те, що багато жінок збільшують МТ на 2-5 кг з кожною вагітністю [222]. Відтак, вагітність та післяпологовий період можуть бути особливо важливими періодами для цілеспрямованої первинної профілактики.

Поведінкові втручання для запобігання надмірному гестаційному приросту МТ відрізняються за своєю інтенсивністю та методами. Більшість із них використовують медичну дієтотерапію та/або фізичні вправи, починаючи від особистої зустрічі та закінчуючи телефоном або іншими електронними системами обміну повідомленнями. Деякі заходи також включають стратегії змін поведінки для доповнення програми. На сьогодні не зрозуміло, які аспекти втручання або яка їх комбінація має найбільшу ефективність. Тим не менше, пренатальні поведінкові втручання можуть представляти унікальну можливість для профілактики ожиріння на цьому етапі життя, через регулярні контакти жінки з лікарем [223].

4.1.2. Припинення куріння

Відмова від куріння пов'язана зі значними перевагами для серцево-судинної системи, але також асоціюється із значним збільшенням МТ. Дослідження говорять, що люди, які покинули куріння, впродовж 6 років набрали на 2,6 кг більше, ніж ті, хто продовжував курити [224]. Проте, важливо зазначити, що ризик смертності, пов'язаний із збільшенням МТ внаслідок відмови від куріння, набагато нижчий, ніж рівень смертності, пов'язаний з його продовженням [225]. Тим не менше, збільшення маси тіла після припинення куріння викликає серйозне занепокоєння і може негативно вплинути на зусилля щодо його припинення, особливо в осіб, які вже мають проблеми надлишку маси тіла [214,215]. Відтак, заходи, спрямовані на приріст МТ після припинення куріння, важливі для покращення успішності відмови від куріння.

Приріст маси тіла внаслідок відмови від куріння значною мірою пояснюється збільшенням споживання енергії та зменшенням її витрат [225]. Існує занепокоєння, що суворе обмеження калорійності може перешкодити спробам відмови від куріння [225,226,227]. Не всі згодні з цим, оскільки дехто вважає, що комбіновані програми відмови від куріння та впливу на МТ можуть фактично покращити утримання від куріння в короткостроковій перспективі (<3 місяців) [228].

Люди, які відмовилися від куріння, можуть краще контролювати свою МТ за умов ФА [225,229]. Фізична активність та покращення харчових звичок мають позитивний вплив на здоров'я, незалежно від змін МТ.

Підсумовуючи, люди, які намагаються відмовитися від куріння, повинні знати про ризик збільшення МТ. Тим не менш, користь для здоров'я від відмови від куріння зазвичай перевищує наслідки певного приросту МТ. Проте, щоб настійно рекомендувати будь-який окремий тип втручання для запобігання приросту МТ після припинення куріння недостатньо доказів. Прийняття здорових поведінкових звичок рекомендується як доповнення до програм відмови від куріння.

4.1.3. Лікування раку

Хоча під час лікування раку частіше спостерігається зниження МТ, деякі пацієнти її збільшують, особливо хворі на рак молочної залози, колоректальний рак, раку простати та яєчників [216, 230, 231]. Збільшення МТ може бути пов'язаний з певними ліками, хіміотерапією та гормональними змінами [232]. Переважна більшість літератури зосереджена на ефективності поведінкових заходів для запобігання збільшенню МТ у пацієнтів із раком молочної залози, оскільки у більшості жінок спостерігається збільшення МТ саме під час лікування [233]. Фактично, менше 10% жінок, які набирають МТ після встановлення діагнозу раку молочної залози повертаються до початкової МТ навіть після 6 років [217]. Короткострокові негативні наслідки приросту МТ є меншими, ніж наслідки зниження МТ [231, 234, 235, 236]; про підвищений ризик смерті повідомляють лише тоді, коли приріст МТ перевищує 10% [231]. Відтак, слід приділяти увагу тому, щоб зусилля з

контролю МТ не маскували негативні наслідки для здоров'я, які потребують втручання.

4.1.4 Застосування ліків

Використання декількох класів ліків, як-от антипсихотичні засоби, антидепресанти, антигіперглікемічні засоби та кортикостероїди, асоціюється із збільшенням маси тіла [218,219]. Величина приросту різна; деякі ліки можуть потенційно збільшувати ризик ожиріння. З точки зору первинної профілактики, починаючи терапію, лікарі повинні розглянути побічні ефекти щодо збільшення МТ, якщо це можливо. Загалом недостатньо доказів, які б свідчили про потребу регулярного призначення додаткових препаратів для запобігання збільшенню МТ, і, ймовірно, з точки зору первинної профілактики це недоречно. Проте, для багатьох таких ліків величина пов'язаного приросту МТ та потенційні кардіометаболічні наслідки можуть вимагати розгляду.

Антипсихотичні засоби

Декількох антипсихотичних препаратів мають ефект щодо збільшення МТ та мають найвищі показники її приросту [237]. У короткостроковій перспективі антипсихотичні засоби пов'язані зі збільшенням МТ у середньому на 3,2 кг, а в довгостроковій перспективі – на 5,3 кг [218]. Серед них оланзапін і клозапін асоціюються з найбільшим приростом МТ [219], до 10 кг [237]. Вважається, що збільшення МТ під впливом антипсихотичних засобів пов'язане із змінами апетиту та метаболізму [238]. Відтак, за цих умов кращим варіантом буде перехід на препарат із меншою тенденцією до збільшення МТ (галоперидол, луразидон, зипразидон, арипіпразол та амисульпірид) [239, 240]. Також, важливо розглянути, чи потрібні ліки для короткострокового лікування у гострому періоді чи для тривалої терапії. Для підтримувальної терапії доцільний перехід на ліки з кращим профілем безпеки щодо МТ [241]. Якщо прийнято рішення про зміну препарату, потрібно уважно стежити за симптомами, щоб усунути побічні ефекти (безсоння) та щоб переконатися, що немає рецидиву.

Фармакологічні та поведінкові втручання для запобігання приросту МТ у випадку застосування антипсихотиків, досліджувалися із змінним успіхом. Терапія медичним харчуванням, ФА та КПТ пов'язані із середніми розмірами ефекту щодо зменшення МТ та запобігання збільшення МТ [242].

Антидепресанти

Антидепресанти асоціюються з більш помірним збільшенням МТ у порівнянні з антипсихотичними препаратами. У нещодавньому огляді вказується на збільшення МТ на 2-5 кг під впливом трициклічних антидепресантів, інгібіторів моноаміноксидази та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну [237]. Проте, загальний тягар від впливу антидепресантів на МТ імовірно вищий, бо кількість людей з депресією значно вища, ніж пацієнтів із шизофренією [220]. Після початку лікування антидепресантом необхідний ретельний моніторинг змін МТ, оскільки ранні зміни є значним фактором прогнозування довгострокових впливів [243].

Відтак, лікарі повинні розглянути можливість раннього втручання, щоб запобігти надмірному приросту МТ, якщо це можливо.

Збільшення МТ під час прийому антидепресантів обумовлений підвищенням апетиту, але також може вказувати на зміни в основному розладі настрою [237]. В обсерваційних дослідженнях вибір дієти асоціюється з різним збільшенням маси тіла [244], проте, часто депресія є критерієм виключення у дослідженнях для контролю маси тіла. Тому незрозуміло, чи будуть ефективними лікувальне харчування або терапія ФА для запобігання приросту МТ внаслідок застосування антидепресантів, особливо у популяціях без ожиріння. Знову ж таки, збільшення МТ, також, може бути обумовлене нелікованим захворюванням. Тому, за можливості, на початку та впродовж лікування депресії важливо залучати пацієнтів до здорового харчування та ФА на тлі моніторингу МТ.

Фармакологічна терапія цукрового діабету

Більшість людей із ЦД 2 типу мають ожиріння, тому пацієнтам рекомендується зменшити МТ для зниження факторів ризику. Деякі антидіабетичні засоби парадоксальним чином асоціюються з покращенням чутливості до інсуліну та збільшенням МТ [237]. Так, встановлено, що призначення тiazолідиндіонів (роzigлітазона, піоглітазона), похідних сульфонілсечовини та меглітинідів асоціюються із збільшенням МТ на 1-4 кг, а інсуліну – на 5-6 кг [237]. Механізми збільшення МТ залежать від конкретного препарату, але включають підвищення апетиту, збільшення накопичення ліпідів та затримку рідини. Пацієнти, яким призначають похідні сульфонілсечовини як терапію першої лінії, зазвичай мають більший приріст МТ [219] у порівнянні з пацієнтами, які використовують інші ліки. Найбільш частим варіантом лікування є метформін; його застосування асоціюється з помірним зриванням МТ на 1,0-2,9 кг [219]; крім того, він може допомогти запобігти певному збільшенню МТ, пов'язаному з прийомом інших антидіабетичних препаратів, як-от інсулінотерапія [245].

4.1.5. Період менопаузи

Періоди менопаузи та предменопаузальний пов'язані із збільшеним накопичення жиру в організмі жінки на тлі нормального вікового збільшення МТ [220]. Через гормональні зміни під час менопаузи спостерігаються зниження м'язової МТ, яка маскує прискорене збільшення жирової МТ. Незважаючи на сприятливий вплив замісної гормональної терапії на розподіл жиру в організмі, її не слід рекомендувати як засіб для лікування абдомінального ожиріння через підвищення ризику ССЗ [220]. Менопауза також пов'язана із збільшенням сидячої поведінки та відсутністю ФА, що ще більше посилює ризик ССЗ [246].

4.2. Вторинна профілактика

Вторинна профілактика спрямована на зменшення впливу власне захворювання, яке вже розвинулося. Це досягається шляхом раннього виявлення та якомога більш раннього лікування для уповільнення або зупинки прогресування хвороби. Зрештою, метою вторинної профілактики є

повернення пацієнта до початкового здоров'я та функціонального стану, щоб запобігти довгостроковим проблемам.

З точки зору ожиріння, це можна розглядати як регулярний скринінг і запобігання подальшому збільшенню маси тіла в осіб з неускладненим ожирінням (Додаток 22). Хоча ожиріння тісно пов'язане із коморбідними захворюваннями та смертністю, існують суттєві відмінності у профілях здоров'я, яке відзначаються у людей з однаковим ІМТ. Крім того, на нижній межі ожиріння є особи, у яких ще немає пов'язаної з ожирінням коморбідності, а саме: АГ, дисліпідемії, ортопедичних проблем або ЦД). Дослідження говорять про те, що до 40% пацієнтів із НадМТ або ожирінням мають підвищений ІМТ, але це «метаболічно здорові» люди [247]. А саме 20-25% пацієнтів мають 0 або 1 стадію ожиріння (Додаток 22) [248]. На відміну від третинної профілактики, де втрата МТ чітко пов'язана з користю для здоров'я пацієнтів із значною коморбідністю, пов'язаною з ожирінням, незрозуміло, які переваги можуть мати пацієнти з «метаболічно здоровим» ожирінням [249] або на стадіях 0-1 [250].

4.2.1. Самостійне зважування

Одним із ключових аспектів первинної та вторинної профілактики є концепція регулярного моніторингу та ранньої діагностики. Ожиріння напрочуд важко розпізнати без об'єктивної оцінки [251]. В перспективі це завдання ставатиме все складнішим, оскільки середньо популяційний ІМТ зараз знаходиться вже у межах НадМТ, а саме 25-29,9 кг/м² [252]. Отже, незважаючи на увагу, що приділяється ожирінню, лікарі та населення в цілому можуть з меншою ймовірністю визнавати потребу або здійснювати втручання з вторинної профілактики НадМТ або ожиріння [252]. У контексті зниження МТ або підтримки її втрати самостійний моніторинг МТ, також, пов'язаний із кращими результатами [253,254]. Проте, у популяціях із ожирінням III ступеню та більше регулярне зважування може бути джерелом стресу та розчарування, через це є необхідність індивідуалізованого підходу до самостійного моніторингу МТ у таких пацієнтів.

4.3. Третинна профілактика

Третинна профілактика спрямована на зменшення впливу поточної хвороби або травми, яка має тривалі наслідки. Це досягається шляхом допомоги пацієнтам справлятися з довгостроковими, часто складними проблемами зі здоров'ям або травмами (наприклад, хронічними захворюваннями, постійними порушеннями), щоб якомога більше покращити функціональну спроможність, якість та тривалість життя. Для ожиріння це було б синонімом зниження МТ та тривалого лікування ожиріння. Заходи щодо методів лікування та контролю МТ у пацієнтів, які живуть із НадМТ або ожирінням висвітлено у інших розділах Настанови.

5. Реалізація на практиці й аудит

5.1. Реалізація на місцях

Реалізація національної клінічної настанови є відповідальністю місцевих організацій системи національної охорони здоров'я, а також важливою

частиною клінічного управління. Відомо, що не всі настанови можна реалізувати на практиці відразу після їх публікації, проте відповідні механізми повинні бути на місці для того, щоб гарантувати, що медичне обслуговування надається відповідно до рекомендацій оновленої настанови, при цьому оцінюються й пояснюються причини змін. У таких дискусіях має брати участь персонал клініки та її керівництво. Потрібно здійснити необхідні заходи на місцях із метою застосування національних настанов в окремих лікарнях, відділеннях. Це можна зробити різними шляхами, включаючи нагадування пацієнтам, постійне навчання та підготовку, а також клінічний аудит.

5.2. Ключові пункти аудиту

Для ефективності аудиту впровадження цієї настанови використовувана інформація має бути заснована на даних, зібраних за стандартною методикою. Зрозуміло, що через прогалини в наявних даних можуть виникнути труднощі при реалізації цієї настанови на практиці й аудиті. Рекомендується, щоб національні інформаційні системи, які діють наразі, використовувалися для забезпечення відповідних діагностичних кодів щодо ожиріння, досліджень і лікування. Використання автономних систем не схвалюється, оскільки вони потребують подвійного введення даних.

Аудит може проводитися на трьох рівнях: національному, регіональному/місцевому та на рівні лікарської практики.

5.3. Рекомендації щодо проведення подальших досліджень

В інших країнах застосовують медикаменти, схвалені для терапії ожиріння, але наразі недоступні в Україні. Крім того, декілька засобів, які можуть бути корисними в терапії ожиріння, перебувають на стадії розробки.

Лоркасерин – агоніст рецепторів 5HT_{2c} – нині доступний у деяких країнах. Він стимулює нейрони POMC/CART, індукуючи тим самим насичення, й у дозі 10 мг 2 рази на добу через 1 рік прийому забезпечує втрату МТ на 3% порівняно з плацебо [55]. У клінічному випробуванні CAMELLIA (Cardiovascular Safety of Lorcaserin in Overweight or Obese Patients), у якому досліджували серцево-судинні події, лоркасерин продемонстрував кардіоваскулярну безпечність, але не зменшував при цьому ризик виникнення серцево-судинних подій [56].

Список літератури

1. NICE Obesity: identification, assessment and management. November 2014,
2. Obesity in adults: a clinical practice guideline. Canada. August 2020
3. Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management. Canada. August 2020
4. Medical Nutrition Therapy in Obesity Management. Canada. August 2020
5. Pharmacotherapy in Obesity Management. Canada. August 2020
6. Настанова 00499. Оцінка пацієнта з ожирінням
7. Настанова 00500. Лікування ожиріння
8. Настанова 01142. Роль мотиваційного інтерв'ю у лікуванні та модифікації способу життя
9. Torti J, Luig T, Borowitz M, Johnson JA, Sharma AM, Campbell-Scherer DL. The 5As team patient study: Patient perspectives on the role of primary care in obesity management. *BMC Fam Pract.* 2017;18(1):19. doi:10.1186/s12875-017-0596-2
10. Kirk SFL, Price SL, Penney TL, et al. Blame, shame, and lack of support: A multilevel study on obesity management. *Qual Health Res.* 2014;24(6):790-800. doi:10.1177/1049732314529667
11. Faruqi N, Spooner C, Joshi C, et al. Primary health care-level interventions targeting health literacy and their effect on weight loss: A systematic review. *BMC Obes.* 2015;2:6. doi:10.1186/s40608-015-0035-7
12. Asselin JD, Osunlana A, Ogunleye A, Sharma AM, Campbell-Scherer D. Challenges and facilitators to interdisciplinary weight management collaboration in primary care. *Can J Diabetes.* 2015;39(1):S53. doi:10.1016/j.jcjd.2015.01.202
13. Asselin J, Osunlana AM, Ogunleye AA, Sharma AM, Campbell-Scherer D. Challenges in interdisciplinary weight management in primary care: Lessons learned from the 5As Team study. *Clin Obes.* 2016;6(2):124-132. doi:10.1111/cob.12133
14. Asselin J, Salami E, Osunlana AM, et al. Impact of the 5As Team study on clinical practice in primary care obesity management: A qualitative study. *C Open.* 2017;5(2):E322-E329. doi:10.9778/cmajo.20160090
15. Kirk SFL, Penney TL, McHugh TLF, Sharma AM. Effective weight management practice: A review of the lifestyle intervention evidence. *Int J Obes.* 2012;36(2):178-185. doi:10.1038/ijo.2011.80
16. Eaton CB, Hartman SJ, Perzanowski E, et al. A randomized clinical trial of a tailored lifestyle intervention for obese, sedentary, primary care patients. *Ann Fam Med.* 2016;14(4):311-319. doi:10.1370/afm.1952
17. de Vos BC, Runhaar J, van Middelkoop M, Krul M, Bierma-Zeinstra SM. Long-term effects of a randomized, controlled, tailor-made weight-loss intervention in primary care on the health and lifestyle of overweight and obese women. *Am J Clin Nutr.* 2016;104(1):33-40. doi:10.3945/ajcn.116.133512.In
18. Perez LG, Arredondo EM, Elder JP, Barquera S, Nagle B, Holub CK. Evidence-based obesity treatment interventions for Latino adults in the U.S.: A systematic review. *Am J Prev Med.* 2013;44(5):550-560. doi:10.1016/j.physbeh.2017.03.040
19. Lutes LD, Damschroder LJ, Masheb R, et al. Behavioral treatment for veterans with obesity: 24-month weight outcomes from the ASPIRE-VA small changes randomized trial. *J Gen Intern Med.* 2017;32(Suppl 1):40-47. doi:10.1007/s11606-017-3987-0
20. Rejeski WJ, Ambrosius WT, Burdette JH, Walkup MP, Marsh AP. Community weight loss to combat obesity and disability in at-risk older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2017;72(11):1547-1553. doi:10.1093/gerona/glw252
21. Peirson L, Douketis J, Ciliska D, Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Raina P. Treatment for overweight and obesity in adult populations: A systematic review and meta-analysis. *C Open.* 2014;2(4):E306-E317. doi:10.9778/cmajo.20140012

22. Hartmann-Boyce J, Johns DJ, Jebb SA, Summerbell C, Aveyard P. Behavioural weight management programmes for adults assessed by trials conducted in everyday contexts: Systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2014;15(11):920-932. doi:10.1111/obr.12220
23. Kanaya AM. In-person or remote behavioral interventions for obesity were better than a self-directed approach. *Ann Intern Med.* 2012;156(3):10-11. doi:10.7326/0003-4819-156-6-201203200-02010
24. Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet.* 2009;374(9702):1677-1686. doi:10.1016/S0140-6736(09)61457-4
25. Ma J, Yank V, Xiao L, et al. Translating the Diabetes Prevention Program lifestyle intervention for weight loss into primary care: A randomized trial. *JAMA Intern Med.* 2013;173(2):113-121. doi:10.1001/2013.jamainternmed.987
26. Borek AJ, Abraham C, Greaves CJ, Tarrant M. Group-based diet and physical activity weight-loss interventions: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Appl Psychol Heal Well-Being.* 2018;10(1):62-86. doi:10.1111/aphw.12121
27. Little P, Stuart B, Hobbs FDR, et al. Randomised controlled trial and economic analysis of an internet-based weight management programme: POWeR+ (Positive Online Weight Reduction). *Health Technol Assess (Rockv).* 2017;21(4):1-61. doi:10.3310/hta21040
28. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Summerbell CD. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in children and adults with overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(11):CD000984. doi:10.1002/14651858.CD000984.pub3
29. Ramage S, Farmer A, Eccles KA, Mccargar L. Healthy strategies for successful weight loss and weight maintenance : a systematic review. *Appl Physiol Nutr* 2014;39(1):1-20.
30. Johns D, Hartmann-boyce J, Jebb SA, Aveyard P, Weight B, Review M. Diet or Exercise Interventions vs Combined Behavioral Weight Management Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis of Direct Comparisons. *J Acad Nutr Diet.* 2014;114(10):1557-1568. doi:10.1016/j.jand.2014.07.005
31. Lv N, Azar KM, Rosas LG, Wulfovich S, Xiao L, Ma J. Behavioral lifestyle interventions for moderate and severe obesity: A systematic review. *Prev Med (Baltim).* 2017;100:180-193. doi:10.1016/j.physbeh.2017.03.040
32. Hassan Y, Head V, Jacob D, Bachmann MO, Diu S, Ford J. Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. *Clin* 2016;6(6):395-403.
33. Dombrowski S, Avenell A, Sniehotta Behavioral Interventions for Obese Adults with Additional Risk Factors for Morbidity : Systematic Review of Effects on Behaviour, Weight and Disease Risk Factors. *Obes Facts.* 2010;3(6):377-396. doi:10.1159/000323076
34. Seo D, Sa J. A meta-analysis of psycho-behavioral obesity interventions among US multiethnic and minority adults. *Prev Med (Baltim).* 2008;47(6):573-582. doi:10.1016/j.ypped.2007.12.010
35. Witham M, Avenell A. Interventions to achieve long-term weight loss in obese older people. A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2010;39(2):176-184. doi:10.1093/ageing/afp251
36. The Look AHEAD Research Group. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: The look AHEAD Obesity. 2014;22(1):5-13. doi:10.1002/oby.20662.Eight-Year
37. Söderlund L, Madson M, Rubak S, Nilsen A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns.* 2011;84(1):16-26. doi:10.1016/j.pec.2010.06.025
38. , Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Summerbell Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in children and adults with overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(11):CD000984. doi:10.1002/14651858.CD000984.pub3

39. Fitzpatrick SL, Dickins K, Avery E, et al. Effect of an obesity best practice alert on physician documentation and referral practices. *Transl Behav* 2017;7(4):881-890. doi:10.1007/s13142-017-0514-0
40. Tang JW, Kushner RF, Cameron KA, Hicks B, Cooper AJ, Baker Electronic Tools to Assist with Identification and Counseling for Overweight Patients : a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med.* 2012;27(8):933-939. doi:10.1007/s11606-012-2022-8
41. Lee N, Chen E, Currie L, Donovan M, Hall E, Jia H. The effect of a mobile clinical decision support system on the diagnosis of obesity and overweight in acute and primary care encounters. *ANS Adv Nurs Sci.* 2009;32(3):211-221. doi:10.1097/ANS.0b013e3181b0d6bf
42. Goodfellow J, Agarwal S, Harrad F, et al. Cluster randomised trial of a tailored intervention to improve the management of overweight and obesity in primary care in *Implement Sci.* 2016;11(1):77. doi:10.1186/s13012-016-0441-3
43. Byrne M, Mcsharry J, Meade O, Lavoie KL, Bacon SL. An international, Delphi consensus study to identify priorities for methodological research in behavioral trials in health research. *Trials.* 2018;1:11.
44. Flocke S, Step M, Antognoli E, et al. A randomized trial to evaluate primary care clinician training to use the Teachable Moment Communication Process for smoking cessation counseling. *Prev Med.* 2014;69:267-273. doi:10.1016/j.ypmed.2014.10.020.A
45. Malan Z, Mash B, Everett-murphy K. Evaluation of a training programme for primary care providers to offer brief behaviour change counselling on risk factors for non-communicable diseases in South Africa. *Patient Educ Couns.* 2016;99(1):125-131. doi:10.1016/j.pec.2015.08.008
46. Hartmann-Boyce J, Johns D, Jebb S, Aveyard Effect of behavioural techniques and delivery mode on effectiveness of weight management : systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Obes Rev.* 2014;15(7):598-609. doi:10.1111/obr.12165
47. Samdal GB, Eide GE, Barth T, Williams G, Meland E. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults ; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14(1):42. doi:10.1186/s12966-017-0494-y
48. Teixeira PJ, Carraça E V, Marques MM, et Successful behavior change in obesity interventions in adults : a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Med.* 2015;13:84. doi:10.1186/s12916-015-0323-6
49. Burgess E, Hassmén P, Welvaert M, Pumpa KL. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity : a systematic review and meta-analysis. *Clin Obes.* 2017;7(2):105-114. doi:10.1111/cob.12180
50. Burgess E, Hassmén P, Pumpa KL. Determinants of adherence to lifestyle intervention in adults with obesity : a systematic review. *Clin Obes.* 2017;7(3):123-135. doi:10.1111/cob.12183
51. Lowe MR, Butryn ML. Hedonic hunger : A new dimension of appetite ? *Physiol Behav.* 2007;91(4):432-439. doi:10.1016/j.physbeh.2007.04.006
52. Zheng H, Lenard N, Shin A, Berthoud H. Appetite control and energy balance regulation in the modern world: Reward-driven brain overrides repletion sig- *Int J Obes.* 2009;33(Suppl 2):S8-13. doi:10.1038/ijo.2009.65.Appetite
53. Epstein LH, Carr KA, Lin H, Fletcher Food reinforcement, energy intake, and macronutrient choice. *Am J Clin Nutr.* 2011;94(1):12-18. doi:10.3945/ajcn.110.010314.12
54. Epstein LH, Temple JL, Neaderhiser BJ, Salis RJ, Richard W, Leddy JJ. Food reinforcement, the dopamine D2 receptor genotype, and energy intake in obese and nonobese humans. *Behav Neurosci.* 2007;121(5):877-886.
55. DelParigi A, Chen K, Salbe A, Hill J, Wing R, EM R. Successful dieters have increased neural activity in cortical areas involved in the control of *Int J Obes.* 2007;31(3):440-448. doi:10.1038/sj.ijo.0803431

56. Gettens K, Gorin A. Executive function in weight loss and weight loss maintenance : a conceptual review and novel control. *J Behav Med.* 2017;40(5):687- 701. doi:10.1007/s10865-017-9831-5.
57. Stoeckel LE, Birch LL, Heatherton T, et al. Psychological and neural contributions to appetite self-regulation. *Obesity.* 2017;25(Suppl 1):S17-S25. doi:10.1002/oby.21789.
58. Butryn ML, Forman EM, Lowe MR, Gorin AA, Zhang F, Schaumberg K. Efficacy of environmental and acceptance-based enhancements to behavioral weight loss treatment: The ENACT trial. *Obesity.* 2017;25(5):866-872. doi:10.1002/oby.21813.
59. Forman E, Butryn M, Manasse S, Crosby R, Goldstein S, Wyckoff E. Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity: Results from the mind your health randomized controlled trial. *Obesity.* 2016;24(10):2050-2056. doi:10.1002/oby.21601.
60. Pearl RL, Puhl RM. The distinct effects of internalizing weight bias: An experimental study. *Body Image.* 2016;17:38-42. doi:10.1016/j.bodyim.2016.02.002
61. Mensinger JL, Calogero RM, Tylka T. Internalized weight stigma moderates eating behavior outcomes in women with high BMI participating in a healthy living program. *Appetite.* 2016;102:32-43. doi:10.1016/j.appet.2016.01.033
62. Murakami JM, Latner J. Weight acceptance versus body dissatisfaction: Effects on stigma, perceived self-esteem, and perceived psychopathology. *Eat Behav.* 2015;19:163-167. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.09.010
63. Finch E, Linde J, Jeffery R, Rothman A, King C, Levy R. The effects of outcome expectations and satisfaction on weight loss and maintenance : correlational and experimental analyses—a randomized trial. *Health Psychol.* 2005;24(6):608- 616. doi:10.1037/0278-6133.24.6.608.
64. Calugi S, Marchesini G, Ghoch M El, Roldan IG, Grave RD. The Influence of Weight-Loss Expectations on Weight Loss and of Weight-Loss Satisfaction on Weight Maintenance in Severe Obesity. *J Acad Nutr Diet.* 2017;17(1):32-38. doi:10.1016/j.jand.2016.09.001
65. Mabire L, Mani R, Liu L, Mulligan H, Baxter D. The influence of age, sex and body mass index on the effectiveness of brisk walking for obesity management in adults: A systematic review and meta-analysis. *J Phys Act Heal.* 2017;14(5):389-407. doi:10.1123/jpah.2016-0064
66. Ismail I, Keating SE, Baker MK, Johnson NA. A systematic review and meta-analysis of the effect of aerobic vs. resistance exercise training on visceral fat. *Obes Rev.* 2012;13(1):68-91. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00931.
67. Vissers D, Hens W, Taeymans J, Baeyens JP, Poortmans J, Van Gaal L. The Effect of Exercise on Visceral Adipose Tissue in Overweight Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2013;8(2). doi:10.1371/journal.pone.0056415
68. Sabag A, Way KL, Keating SE, et al. Exercise and ectopic fat in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab.* 2017;43(3):195-210. doi:10.1016/j.diabet.2016.12.006
69. Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):4-5. doi:10.1002/14651858.CD003817.pub3
70. Washburn RA, Szabo AN, Lambourne K, et al. Does the method of weight loss affect long-term changes in weight, body composition or chronic disease risk factors in overweight or obese adults? A systematic review. *PLoS One.* 2014;9(10). doi:10.1371/journal.pone.0109849
71. Ross R, Stotz PJ, Lam M. Effects of exercise amount and intensity on abdominal obesity and glucose tolerance in obese adults: A randomized trial. *Ann Intern Med.* 2015;162(5):325-334. doi:10.7326/M14-1189
72. Davidson LE, Hudson R, Kilpatrick K, et al. Effects of exercise modality on insulin resistance and functional limitation in older adults: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2009;169(2):122-131. doi:10.1007/s12170-009-0037-4
73. Mann S, Jimenez A, Steele J, Domone S, Wade M, Beedie C. Programming and supervision of resistance training leads to positive effects on strength and body composition:

- Results from two randomised trials of community fitness programmes. *BMC Public Health*. 2018;18(1):420. doi:10.1186/s12889-018-5289-9
74. Hwang CL, Wu YT, Chou CH. Effect of aerobic interval training on exercise capacity and metabolic risk factors in people with cardiometabolic disorders: a meta-analysis. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2011;31(6):378-385. doi:10.1097/hcr.0b013e31822f16cb
 75. Frank LL, Sorensen BE, Yasui Y, et al. Effects of exercise on metabolic risk variables in overweight postmenopausal women: A randomized clinical trial. *Obes Res*. 2005;13(3):615-625. doi:10.1038/oby.2005.66
 76. AbouAssi H, Slentz CA, Mikus CR, et al. The effects of aerobic, resistance, and combination training on insulin sensitivity and secretion in overweight adults from STRRIDE AT/RT: A randomized trial. *J Appl Physiol*. 2015;118(12):1474-1482. doi:10.1152/jappphysiol.00509.2014
 77. Church T, Earnest C, Skinner J, Blair S. Effects of different doses of physical activity on cardiorespiratory fitness among sedentary, overweight or obese postmenopausal women with elevated blood pressure: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;297(19):2081-2091. doi:10.1016/S1134-2072(07)71883-2
 78. Lemes ÍR, Turi-Lynch BC, Cavero-Redondo I, Linares SN, Monteiro HL. Aerobic training reduces blood pressure and waist circumference and increases HDL-c in metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Soc Hypertens*. 2018;12(8):580-588. doi:10.1016/j.jash.2018.06.007
 79. Kelley GA, Kelley KS, Vu Tran Z. Aerobic exercise, lipids and lipoproteins in overweight and obese adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Obes*. 2005;29(8):881-893. doi:10.1038/sj.ijo.0802959
 80. Kuhle CL, Steffen MW, Anderson PJ, Murad MH. Effect of exercise on anthropometric measures and serum lipids in older individuals: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014;4(6):e005283. doi:10.1136/bmjopen-2014-005283
 81. Baker A, Sirois-Leclerc H, Tulloch H. The Impact of Long-Term Physical Activity Interventions for Overweight/Obese Postmenopausal Women on Adiposity Indicators, Physical Capacity, and Mental Health Outcomes: A Systematic Review. *J Obes*. 2016. doi:10.1155/2016/6169890
 82. Baillot A, Saunders S, Brunet J, Romain AJ, Trottier A, Bernard P. A systematic review and meta-analysis of the effect of exercise on psychosocial outcomes in adults with obesity: A call for more research. *Ment Health Phys Act*. 2018;14:1-10. doi:10.1016/j.mhpa.2017.12.004
 83. Koliaki C, Spinos T, Spinou M, Brinia M-E, Mitsopoulou D, Katsilambros N. Defining the Optimal Dietary Approach for Safe, Effective and Sustainable Weight Loss in Overweight and Obese Adults. *Healthcare*. 2018;6(3). doi:10.3390/healthcare6030073
 84. Williams L, Barnes K, Ball L, Ross L, Sladdin I, Mitchell L. How Effective Are Dietitians in Weight Management? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Healthcare*. 2019;7(1):20. doi:10.3390/healthcare7010020
 85. Raynor HA, Davidson PG, Burns H, et al. Medical Nutrition Therapy and Weight Loss Questions for the Evidence Analysis Library Prevention of Type 2 Diabetes Project: Systematic Reviews. *J Acad Nutr Diet*. 2018;117(10):1578-1611. doi:10.1016/j.jand.2017.06.361
 86. Razaz JM, Rahmani J, Varkaneh HK, Thompson J, Clark C, Abdulazeem HM. The health effects of medical nutrition therapy by dietitians in patients with diabetes: A systematic review and meta-analysis: Nutrition therapy and diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2019.
 87. Johnston BC, Kanters S, Bandayrel K, et al. Comparison of Weight Loss Among Named Diet Programs in Overweight and Obese Adults A Meta-analysis. *JAMA*. 2014;312(9):923-933. doi:10.1001/jama.2014.10397
 88. Pan B, Wu Y, Yang Q, et al. The impact of major dietary patterns on glycemic control, cardiovascular risk factors, and weight loss in patients with type 2 diabetes: A network meta-analysis. *J Evid Based Med*. 2019;12(1):29-39. doi:10.1111/jebm.12312

89. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *N Engl J Med*. 2018;378(25):e34
90. Salas-Salvadó J, Bulló M, Babio N, Martínez-González M, Ibarrola-Jurado N, Basora J. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes With the Mediterranean Diet Results of the PREDIMED-Reus nutrition intervention randomized trial. *Diabetes Care*. 2011;34(1):14-19. doi:10.2337/dc10-1288.
91. Salas-Salvadó J, Bulló M, Babio N, et al. Erratum. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with the Mediterranean diet: results of the PREDIMED-Reus nutrition intervention randomized trial. *Diabetes Care*. 2011;41(10):2259-2260
92. Babio N, Toledo E, Estruch R, et al. Mediterranean diets and metabolic syndrome status in the PREDIMED randomized trial. *CMAJ*. 2014;186(17):E649-E657.
93. The Editors of The Lancet Diabetes Endocrinology. Retraction and republication-Effect of a high-fat Mediterranean diet on bodyweight and waist circumference: a prespecified secondary outcomes analysis of the PREDIMED randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019;7(5):334. doi:10.1016/S2213-8587(19)30073-7.Retraction
94. Vigiouliouk E, Kendall CW, Kahleová H, et al. Effect of vegetarian dietary patterns on cardiometabolic risk factors in diabetes : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Nutr*. 2019;38(3):1133-1145. doi:10.1016/j.clnu.2018.05.032
95. Lee Y, Park K. Adherence to a Vegetarian Diet and Diabetes Risk : A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients*. 2017;9(6):603. doi:10.3390/nu9060603
96. Glenn AJ, Vigiouliouk E, Seider M, et al. Relation of Vegetarian Dietary Patterns With Major Cardiovascular Outcomes : A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Front Nutr*. 2019;6:80. doi:10.3389/ fnut.2019.00080
97. Chiavaroli L, Nishi SK, Khan TA, et al. Portfolio Dietary Pattern and Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials. *Prog Cardiovasc Dis*. 2018;61(1):43-53. doi:10.1016/j.pcad.2018.05.004
98. Chiavaroli L, Kendall CWC, Braunstein CR, Mejia SB, Leiter LA, Jenkins DJA. Effect of pasta in the context of low- glycaemic index dietary patterns on body weight and markers of adiposity : a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials in adults. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019438. doi:10.1136/bmjopen-2017-019438
99. Wang Q, Xia W, Zhao Z, Zhang H. Effects comparison between low glycemic index diets and high glycemic index diets on HbA1c and fructosamine for patients with diabetes : A systematic review and meta- analysis. *Prim Care Diabetes*. 2015;9(5):362-369.
100. Goff LM, Cowland DE, Hooper L, S FG. Low glycaemic index diets and blood lipids : a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2013;23(1):1-10. doi:10.1016/j.numecd.2012.06.002.
101. Evans CEL, Greenwood DC, Threapleton DE, Gale CP, Cleghorn CL, Burley VJ. Glycemic index, glycemic load, and blood pressure : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr*. 2017;105(5):1176- 1190. doi:10.3945/ajcn.116.143685.One-third
102. Livesey G, Taylor R, Livesey HF, et al. Dietary Glycemic Index and Load and the Risk of Type 2 Diabetes : A Systematic Review and Updated Meta-Analyses of Prospective Cohort Studies. *Nutrients*. 2019;11(6):1280
103. Livesey G, Livesey H. Coronary Heart Disease and Dietary Carbohydrate, Glycemic Index, and Glycemic Load: Dose-Response Meta-analyses of Prospective Cohort Studies. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2019;3(1):52-69. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2018.12.007
104. Soltani S, Shirani F, Chitsazi MJ, Salehi-Abargouei A. The effect of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on weight and body composition in adults : a systematic review and meta - analysis of randomized controlled clinical trials. *Obes Rev*. 2016;17(5):442-454

105. Chiavaroli L, Viguioliouk E, Nishi SK, et al. DASH Dietary Pattern and Cardiometabolic Outcomes : An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Nutrients*. 2019;11(2):338. doi:10.3390/nu11020338
106. Soltani S, Chitsazi MJ, Salehi-Abargouei A. The effect of dietary approaches to stop hypertension (DASH) on serum inflammatory markers : A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Clin Nutr*. 2018;37(2):542-550.
107. Poulsen SK, Due A, Jordy AB, et al. Health effect of the New Nordic Diet in adults with increased waist circumference : a 6-mo randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(1):35-45. doi:10.3945/ajcn.113.069393. INTRODUCTION
108. Poulsen SK, Crone C, Astrup A, Larsen TM. Long-term adherence to the New Nordic Diet and the effects on body weight, anthropometry and blood pressure : a 12- month follow-up study. *Eur J Nutr*. 2015;54(1):67-76.
109. Adamsson V, Reumark A, Fredriksson I, Hammarström E, Vessby B, Johansson G. Effects of a healthy Nordic diet on cardiovascular risk factors in hypercholesterolaemic subjects: a randomized controlled trial (NORDIET). *J Intern Med*. 2010;269(2):150-159. doi:10.1111/j.1365-2796.2010.02290.x
110. Uusitupa M, Hermansen K, Savolainen MJ, et al. Effects of an isocaloric healthy Nordic diet on insulin sensitivity, lipid profile and inflammation markers in metabolic syndrome – a randomized study (SYSDIET). *J Intern Med*. 2013;274(1):52- 66. doi:10.1111/joim.1204
111. Lemming EW, Byberg L, Wolk A, Michaëlsson K. A comparison between two healthy diet scores, the modified Mediterranean diet score and the Healthy Nordic Food Index, in relation to all-cause and cause-specific mortality. *Br J Nutr*. 2018;119(7):836-846. doi:10.1017/S0007114518000387
112. Noronha JC, Nishi SK, Braunstein CR, et al. The Effect of Liquid Meal Replacements on Cardiometabolic Risk Factors in Overweight / Obese Individuals With Type 2 Diabetes : A Systematic Review and Meta- analysis of Randomized Controlled Trials. *Diabetes Care*. 2019;42(5):767-776.
113. Cioffi I, Evangelista A, Ponzio V, et al. Intermittent versus continuous energy restriction on weight loss and cardiometabolic outcomes : a systematic review and meta analysis of randomized controlled trials. *J Transl Med*. 2018;16(1):371. doi:10.1186/s12967-018-1748-4
114. Kim SJ, Souza RJ De, Choo VL, et al. Effects of dietary pulse consumption on body weight : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr*. 2016;103(5):1213-1223. doi:10.3945/ajcn.115.124677.1
115. Sievenpiper JL, Kendall CWC, Esfahani A. Effect of non-oil-seed pulses on glycaemic control : a systematic review and meta-analysis of randomised controlled experimental trials in people with and without diabetes. *Diabetologia*. 2009;52(8):1479-1495. doi:10.1007/s00125-009-1395-7
116. Ha V, Sievenpiper JL, De Souza RJ, et al. Effect of dietary pulse intake on established therapeutic lipid targets for cardiovascular risk reduction : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cmaj*. 2014;186(8):E252-E262
117. Jayalath VH, Souza RJ De, Sievenpiper JL, et al. Effect of Dietary Pulses on Blood Pressure : A Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Feeding Trials. *Am J Hypertens*. 2013;27(1):56-64. doi:10.1093/ajh/hpt155
118. Viguioliouk E, Mejia SB, Kendall CW, Sievenpiper JL. Can pulses play a role in improving cardiometabolic health? Evidence from systematic reviews and meta - analyses. *Ann N Y Acad Sci*. 2017;1392(1):43.
119. Shin JY, Kim JY, Kang HT, Han KH, Shim JY. Effect of fruits and vegetables on metabolic syndrome : a systematic review and meta- analysis of randomized controlled trials. *Int J Food Sci Nutr*. 2015;66(4):416-425.
120. Moazzen S, Amani R, Homayouni A, Shahbazian H. Effects of Freeze-Dried Strawberry Supplementation on Metabolic Biomarkers of Atherosclerosis in Subjects with Type Diabetes : A

- Randomized Double-Blind Controlled. *Ann Nutr Metab.* 2013;63(3):256-264. doi:10.1159/000356053
121. Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi A-M, Knüppel S, Iqbal K, Schwedhelm C. Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus : a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol.* 2017;32(5):363-375. doi:10.1007/s10654-017-0246-y
122. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ.* 2014;349:g4490. doi:10.1136/bmj.g5472
123. Vigiuliouk E, Kendall CWC, Mejia SB, et al. Effect of tree nuts on glycemic control in diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled dietary trials. *PLoS One.* 2014;9(7):e103376. doi:10.1371/journal.pone.0103376
124. Sabaté J, Oda K, Ros E. Nut consumption and blood lipid levels : a pooled analysis of 25 intervention trials. *Arch Intern Med.* 2010;170(9):821-827. doi:10.1001/archinternmed.2010.79.Nut
125. Bao Y, Han J, Hu FB, et al. Association of nut consumption with total and cause-specific mortality. *N Engl J Med.* 2013;369(21):2001-2011. doi:10.1056/NEJMoa1307352
126. Hollænder PLB, Ross AB, Kristensen M. Whole-grain and blood lipid changes in apparently healthy adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *Am J Clin Nutr.* 2015;102(3):556-572. doi:10.3945/ajcn.115.109165
127. Wing R, Bolin P, Brancati F, Bray G, Clark J. Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2013;369(2):145-154. doi:10.1007/s11883-014-0457-6
128. Knowler W, Barrett-Connor E, Fowler S, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 2002;346(6):393-403.
129. Gong Q, Zhang P, Wang J, et al. Morbidity and mortality after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance: 30-year results of the Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7(6):452-461. doi:10.1016/S2213-8587(19)30093-2
130. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7(5):344-355. doi:10.1016/S2213-8587(19)30068-3
131. Look AHEAD Research Group. Effect of a Long-Term Behavioral Weight Loss Intervention on Nephropathy in Overweight or Obese Adults with Type 2 Diabetes: the Look AHEAD Randoized Clinial Trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2(10):801-809. doi:10.1016/S2213-8587(14)70156-1.Effect
132. Kuna ST, Reboussin DM, Borradaile KE, et al. Long-term effect of weight loss on obstructive sleep apnea severity in obese patients with type 2 diabetes. *Arch Intern Med.* 2013;36(5):641-649. doi:10.1001/archinternmed.2009.266
133. Rubin R, Wadden T, Bahnson J, Blackburn G, Brancati F, Bray G. Impact of intensive lifestyle intervention on depression and health-related quality of life in type 2 diabetes: The look AHEAD trial. *Diabetes Care.* 2014;37(6):1544-1553. doi:10.2337/dc13-1928
134. Ulian MD, Aburad L, da Silva Oliveira MS, et al. Effects of health at every size® interventions on health-related outcomes of people with overweight and obesity: a systematic review. *Obes Rev.* 2018;19(12):1659-1666. doi:10.1111/obr.12749
135. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *N Engl J Med.* 2015;373(1):11-22. doi:10.1056/NEJMoa1411892
136. Roux CW, Astrup A, Fujioka K, et al. 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. doi:10.1016/S0140-6736(17)30069-7

137. Wadden TA, Hollander P, Klein S, et al. Weight maintenance and additional weight loss with liraglutide after low-calorie-diet-induced weight loss : The SCALE Maintenance randomized study. *Int J Obes.* 2013;37(11):1443-1451. doi:10.1038/ijo.2013.120
138. Greenway FL, Fujioka K, Plodkowski RA, et al. Effect of naltrexone plus bupropion on weight loss in overweight and obese adults (COR-I): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2010;376(9741):595-605. doi:10.1016/S0140-6736(10)60888-4
139. Rucker D, Padwal R, Li SK, Curioni C, Lau DCW, Janeiro R De. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight : updated meta-analysis. *BMJ.* 2007;335(7631):1194-1199. doi:10.1136/bmj.39385.413113.25
140. Richelsen B, Tonstad S, Rossner S, et al. Effect of Orlistat on Weight Regain and Cardiovascular Risk Factors Following a Very-Low-Energy Diet in Abdominally Obese Patients:a 3-year randomized, placebo-controlled study. *Diabetes Care.* 2007;30(1):27-32. doi:10.2337/dc06-0210
141. Davies MJ, Bergenstal R, Bode B, et al. Efficacy of Liraglutide for Weight Loss Among Patients With Type 2 Diabetes The SCALE Diabetes Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2015;314(7):687-699. doi:10.1001/jama.2015.9676
142. Hollander P, Gupta A, Plodkowski R, et al. Effects of naltrexone sustained-release/bupropion sustained-release combination therapy on body weight and glycemic parameters in overweight and obese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2013;36(12):4022-4029. doi:10.2337/dc13-0234
143. Jacob S, Rabbia M, Meier MK, Hauptman J. Orlistat 120 mg improves glycaemic control in type 2 diabetic patients with or without concurrent weight loss. *Diabetes Obes Metab.* 2009;11(4):361-371. doi:10.1111/j.1463-1326.2008.00970.x
144. Torgerson J, Hauptman J, Boldrin M, Sjöström L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care.* 2004;27(1):155-161).
145. Mcneely W, Benfield P. Orlistat. 1998;56(2):241-249
146. Roche. Xenical Product Monograph. Retrieved from www.rochecanada.com
147. Rucker D, Padwal R, Li SK, Curioni C, Lau DCW, Janeiro R De. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight : updated meta-analysis. *BMJ.* 2007;335(7631):1194-1199. doi:10.1136/bmj.39385.413113.25
148. Richelsen B, Tonstad S, Rossner S, et al. Effect of Orlistat on Weight Regain and Cardiovascular Risk Factors Following a Very-Low-Energy Diet in Abdominally Obese Patients:a 3-year randomized, placebo-controlled study. *Diabetes Care.* 2007;30(1):27-32. doi:10.2337/dc06-0210
149. Padwal R, Kezouh A, Levine M, Etminan M. Long-term persistence with orlistat and sibutramine in a population-based cohort. *Int J Obes.* 2007;31(10):1567- 1570. doi:10.1038/sj.ijo.0803631
150. Weir MA, Beyea MM, Gomes T, et al. Orlistat and acute kidney injury: An analysis of 953 Patients. *Arch Intern Med.* 2011;171(7):703-704. doi:10.1001/archinternmed.2011.103
151. Secher A, Jelsing J, Baquero AF, et al. The arcuate nucleus mediates GLP-1 receptor agonist liraglutide-dependent weight loss. *J Clin Invest.* 2014;124(10):4473- 4488. doi:10.1172/JCI75276.balance.
152. Jelsing J, Vrang N, Hansen G, Raun K, Knudsen LB. Liraglutide: short-lived effect on gastric emptying—long lasting effects on body weight. *Diabetes, Obes Metab.* 2012;14(6):1-8
153. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *N Engl J Med.* 2015;373(1):11-22. doi:10.1056/NEJMoa1411892

154. Roux CW, Astrup A, Fujioka K, et al. 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. doi:10.1016/S0140-6736(17)30069-7
155. Wadden TA, Hollander P, Klein S, et al. Weight maintenance and additional weight loss with liraglutide after low-calorie-diet-induced weight loss : The SCALE Maintenance randomized study. *Int J Obes*. 2013;37(11):1443-1451. doi:10.1038/ijo.2013.120
156. Novo-Nordisk. Product Monograph SAXENDA. https://www.novonordisk.ca/content/dam/Canada/AFFILIATE/www-novonordisk-ca/OurProducts/PDF/Saxenda_PM_English.pdf. 2017
157. Greenway FL, Whitehouse MJ, Guttadauria M, et al. Rational Design of a Combination Medication for the Treatment of Obesity. *Obes (Silver Spring)*. 2009;17(1):30-39. doi:10.1038/oby.2008.461
158. Smith S, Fujioka K, Gupta A, et al. Combination therapy with naltrexone and bupropion for obesity reduces total and visceral adiposity. *Diabetes, Obes Metab*. 2013;15(9):863-866
159. Greenway FL, Fujioka K, Plodkowski RA, et al. Effect of naltrexone plus bupropion on weight loss in overweight and obese adults (COR-I): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2010;376(9741):595-605. doi:10.1016/S0140-6736(10)60888-4
160. Rosenstock J, Klaff L, Schwartz S, et al. Effects of exenatide and lifestyle modification on body weight and glucose tolerance in obese subjects with and without pre-diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(6):1173-1175. doi:10.2337/dc09-1203.)
161. Takeda Pharmaceuticals America I. Highlights of Prescribing Information. Retrieved from https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/200063s0001bl.pdf. 2014
162. Valeant. Product Monograph-Contrave. Retrieved from https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00043849PDF. 2018
163. Bjornsson TD, Callaghan JT, Einolf HJ, et al. The Conduct of In Vitro and In Vivo Drug-Drug Interaction Studies : A PhRMA Perspective. *J of Clinical Pharmacol*. 2003;43(5):443-469. doi:10.1177/0091270003252519
164. Turpeinen M, Tolonen A, Uusitalo J, Jalonen J, Pelkonen O, Laine K. Effect of clopidogrel and ticlopidine on cytochrome P450 2B6 activity as measured by bupropion hydroxylation. 2005;77(6):553-559. doi:10.1016/j.clpt.2005.02.010
165. Nathan D, Davidson M, DeFronzo R, et al. Impaired Fasting Glucose and Impaired Glucose Tolerance. 2007;30(3):753-759. doi:10.2337/dc07-9920
166. Knowler W, Fowler S, Hamman R, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet*. 2009;374(9702):1677-1686. doi:10.1016/S0140-6736(09)61457-4.10-year
167. Torgerson J, Hauptman J, Boldrin M, Sjöström L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care*. 2004;27(1):155-161.
168. Rosenstock J, Klaff L, Schwartz S, et al. Effects of exenatide and lifestyle modification on body weight and glucose tolerance in obese subjects with and without pre-diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(6):1173-1175. doi:10.2337/dc09-1203.
169. Daousi C, Casson I, Gill G, MacFarlane I, Wilding J, Pinkney J. Prevalence of obesity in type 2 diabetes in secondary care: association with cardiovascular risk factors. *Postgr Med J*. 2006;82(966):280-284. doi:10.1136/pmj.2005.039032
170. Lipscombe L, Booth G, Butalia S, et al. Pharmacologic Glycemic Management of Type 2 Diabetes in Adults Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. *Can J Diabetes*. 2018;42:S88-S108.
171. Secher A, Jelsing J, Baquero AF, et al. The arcuate nucleus mediates GLP-1 receptor agonist liraglutide-dependent weight loss. *J Clin Invest*. 2014;124(10):4473- 4488. doi:10.1172/JCI75276.balance

172. Marso S, Daniels G, Brown-Frandsen K, Kristensen P. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2016;375(4):311-322. doi:10.1002/oby.20309
173. Harrison SA, Fecht W, Brunt EM, Neuschwander-tetri BA. Orlistat for overweight subjects with nonalcoholic steatohepatitis: A randomized, prospective trial. *Hepatology*. 2009;49(01):80-86. doi:10.1002/hep.22575
174. Jelsing J, Vrang N, Hansen G, Raun K, Knudsen LB. Liraglutide: short-lived effect on gastric emptying—long lasting effects on body weight. *Diabetes, Obes Metab*. 2012;14(6):1-8.
175. Bugianesi E, Gentilcore E, Manini R, et al. A randomized controlled trial of metformin versus vitamin E or prescriptive diet in nonalcoholic fatty liver disease. *Am J Gastroenterol*. 2005;100(5):1082-1090. doi:10.1111/j.1572- 0241.2005.41583.x
176. Ygun AU, Adayifci AK, Isik AT, et al. Metformin in the treatment of patients with non-alcoholic steatohepatitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19(5):537- 544. doi:10.1111/j.1365-2036.2004.01888.x
177. Zhou Y, Ma X, Wu C, et al. Effect of Anti-Obesity Drug on Cardiovascular Risk Factors : A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One*. 2012;7(6):e39062. doi:10.1371/journal.pone.0039062
178. Frøssing S, Nylander M, Chabanova E, et al. Effect of liraglutide on ectopic fat in polycystic ovary syndrome : A randomized clinical trial. *Diabetes Obes Metab*. 2018;20(1):215-218. doi:10.1111/dom.13053
179. Naderpoor N, Shorakae S, Courten B De, Misso ML, Moran LJ, Teede HJ. Metformin and lifestyle modification in polycystic ovary syndrome : systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Updat*. 2015;21(5):560-574. doi:10.1093/ humupd/dmv025
180. Wang F, Wu Y, Zhu Y, et al. Pharmacologic therapy to induce weight loss in women who have obesity / overweight with polycystic ovary syndrome : a systematic review and network meta-analysis. *Obes Rev*. 2018;19(10):1424-1445. doi:10.1111/obr.12720
181. Elkind-hirsch K, Marrioneaux O, Bhushan M, Vernor D, Bhushan R. Comparison of Single and Combined Treatment with Exenatide and Metformin on Menstrual Cyclicity in Overweight Women with Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(7):2670-2678. doi:10.1210/jc.2008-0115
182. Armstrong MJ, Gaunt P, Aithal GP, et al. Liraglutide safety and efficacy in patients with non-alcoholic steatohepatitis (LEAN): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled phase 2 study. *Lancet*. 2016;387(10019):679- 690. doi:10.1016/S0140-6736(15)00803-X
183. Kolotkin R, Smolarz G, Meincke H, Fujioka K. Improvements in health-related quality of life over 3 years with liraglutide 3. 0 mg compared with placebo in participants with overweight or obesity. *Clin Obes*. 2018;8(1):1-10. doi:10.1111/cob.12226
184. Davies MJ, Bergenstal R, Bode B, et al. Efficacy of Liraglutide for Weight Loss Among Patients With Type 2 Diabetes The SCALE Diabetes Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015;314(7):687-699. doi:10.1001/jama.2015.9676
185. O'Neil PMO, Aroda VR, Astrup A, et al. Neuropsychiatric safety with liraglutide 3. 0 mg for weight management : Results from randomized controlled phase 2 and 3a trials. *Diabetes, Obes Metab*. 2017;19(11):1529-1536. doi:10.1111/ dom.12963
186. Kolotkin RL, Chen S, Klassen P, Gilder K, Greenway FL. Patient-reported quality of life in a randomized placebo-controlled trial of naltrexone/bupropion for obesity. *Clin Obesity*., 2015;5(5):237-244. doi:10.1111/cob.12108
187. Silva VA De, Suraweera C, Ratnatunga SS, Dayabandara M. Metformin in prevention and treatment of antipsychotic induced weight gain : a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):341. doi:10.1186/s12888- 016-1049-5
188. Toplak H, Hamann A, Moore R, et al. Efficacy and safety of topiramate in combination with metformin in the treatment of obese subjects with type 2 diabetes : a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Int J Obes*. 2007;31(1):138-146. doi:10.1038/sj.ijo.0803382

189. Stenlof K, Rossner S, VercruyssE F, Kumar A, Fitchet M, Sjostrom L. Topiramate in the treatment of obese subjects with drug-naive type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab.* 2007;9(3):360-368. doi:10.1111/j.1463-1326.2006.00618.x
190. Gadde KM, Allison DB, Ryan DH, et al. Effects of low-dose, controlled-release, phentermine plus topiramate combination on weight and associated comorbidities in overweight and obese adults (CONQUER): A randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2011;377(9774):1341-1352. doi:10.1016/S0140- 6736(11)60205-5
191. Goldenberg RM, Steen O. Semaglutide : Review and Place in Therapy for Adults With Type 2 Diabetes. *Can J Diabetes.* 2019;43(2):136-145. doi:10.1016/j. jcjd.2018.05.008
192. Marso S, Bain S, Consoli A, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *Engl J Med.* 2016;375(19):1834-1844. doi:10.1056/NEJMoa1607141
193. Gill TP. Key issues in the prevention of obesity. *Br Med Bull.* 1997;53(2):359- 388. doi:10.1093/oxfordjournals.bmb.a011618
194. Redondo M, Hernández-Aguado I, Lumbreras B. The impact of the tax on sweetened beverages: A systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2018;108(3):548- 563. doi:10.1093/ajcn/nqy135
195. Sarink D, Peeters A, Freak-Poli R, et al. The impact of menu energy labelling across socioeconomic groups: A systematic review. *Appetite.* 2016;99:59-75. doi:10.1016/j.appet.2015.12.022
196. Kumanyika SK, Obarzanek E, Stettler N, et al. Population-based prevention of obesity: The need for comprehensive promotion of healthful eating, physical activity, and energy balance: A scientific statement from American Heart Asso- ciation Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Commi. Cir- culation. 2008;118(4):428-464. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.189702
197. Walls HL, Peeters A, Proietto J, McNeil JJ. Public health campaigns and obesity - a critique. *BMC Public Health.* 2011;11:136. doi:10.1186/1471-2458-11-136
198. Fung MDT, Canning KL, Mirdamadi P, Ardern CI, Kuk JL. Lifestyle and weight predictors of a healthy overweight profile over a 20-year follow-up. *Obesity.* 2015;23(6):1320-1325. doi:10.1002/oby.21087
199. Fung TT, Pan A, Hou T, et al. Long-term change in diet quality Is associated with body weight change in men and women. *J Nutr.* 2015;145(8):1850-1856. doi:10.3945/jn.114.208785
200. Golubic R, Wijndaele K, Sharp SJ, et al. Physical activity, sedentary time and gain in overall and central body fat: 7-year follow-up of the ProActive trial cohort. *Int J Obes.* 2015;39(1):142-148. doi:10.1038/ijo.2014.66
201. Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. *N Engl J Med.* 2011;364(25):2392–2404. doi:10.1056/NEJMoa1014296
202. Orpana HM, Tremblay MS, Finès P. Trends in weight change among Canadian adults. *Heal Reports.* 2007;18(2):9-16.
203. Sayon-Orea C, Martínez-González MA, Ruiz-Canela M, Bes-Rastrollo M. Asso- ciations between yogurt consumption and weight gain and risk of obesity and metabolic syndrome: A systematic review. *Adv Nutr.* 2017;8(Suppl):146S-154S. doi:10.3945/an.115.011536
204. Ooi EM, Adams LA, Zhu K, et al. Consumption of a whey protein-enriched diet may prevent hepatic steatosis associated with weight gain in elderly women. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2015;25(4):388-395. doi:10.1016/j.num- ecd.2014.11.005
205. Abdelhamid AS, Martin N, Bridges C, et al. Polyunsaturated fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Data- base Syst Rev.* 2018;(11):CD012345. doi:10.1002/14651858.CD012345.pub3
206. Boutelle KN, Baker RC, Kirschenbaum DS, Mitchell ME. How can obese weight controllers minimize weight gain during the high risk holiday season? By self-monitoring very consistently. *Health Psychol.* 1999;18(4):364-368. doi:10.1037/0278-6133.18.4.364

207. Mason F, Farley A, Pallan M, Sitch A, Easter C, Daley AJ. Effectiveness of a brief behavioural intervention to prevent weight gain over the Christmas holiday period: Randomised controlled trial. *BMJ*. 2018;363:k4867. doi:10.1136/bmj.k4867
208. LaCaille LJ, Schultz JF, Goei R, et al. Go!: Results from a quasi-experimental obesity prevention trial with hospital employees. *BMC Public Health*. 2016;16:171. doi:10.1186/s12889-016-2828-0
209. Linde JA, Nygaard KE, MacLehose RF, et al. HealthWorks: Results of a multi-component group-randomized worksite environmental intervention trial for weight gain prevention. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:14. doi:10.1186/1479-5868-9-14
210. Jaime PC, Bandoni DH, Sarno F. Impact of an education intervention using email for the prevention of weight gain among adult workers. *Public Health Nutr*. 2014;17(7):1620-1627. doi:10.1017/S1368980013001936
211. Salinardi TC, Batra P, Roberts SB, et al. Lifestyle intervention reduces body weight and improves cardiometabolic risk factors in worksites. *Am J Clin Nutr*. 2013;97(4):667-676. doi:10.3945/ajcn.112.046995.1
212. Tanentsapf I, Heitmann BL, Adegboye ARA. Systematic review of clinical trials on dietary interventions to prevent excessive weight gain during pregnancy among normal weight, overweight and obese women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:81. doi:10.1186/1471-2393-11-81
213. Walker R, Bennett C, Blumfield M, et al. Attenuating pregnancy weight gain—what works and why: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2018;10(7):944. doi:10.3390/nu10070944
214. Yeo S, Walker JS, Caughey MC, Ferraro AM, Asafu-Adjei JK. What characteristics of nutrition and physical activity interventions are key to effectively reducing weight gain in obese or overweight pregnant women? A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2017;18(4):385-399. doi:10.1111/obr.12511
215. Germeroth LJ, Levine MD. Postcessation weight gain concern as a barrier to smoking cessation: Assessment considerations and future directions. *Addict Behav*. 2018;76:250-257. doi:10.1016/j.addbeh.2017.08.022
216. Tian J, Venn A, Otahal P, Gall S. The association between quitting smoking and weight gain: A systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev*. 2015;16(10):883-901. doi:10.1111/obr.12448
217. Thomson ZO, Reeves MM. Can weight gain be prevented in women receiving treatment for breast cancer? A systematic review of intervention studies. *Obes Rev*. 2017;18(11):1364-1373. doi:10.1111/obr.12591
218. Tek C, Kucukgoncu S, Guloksuz S, Woods SW, Srihari VH, Annamalai A. Antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis patients: A meta-analysis of differential effects of antipsychotic medications. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(3):193-202. doi:10.1111/eip.12251
219. Wharton S, Raiber L, Serodio KJ, Lee J, Christensen RAG. Medications that cause weight gain and alternatives in Canada: A narrative review. *Diabetes Metab Syndr Obes Targets Ther*. 2018;11:427-438. doi:10.2147/DMSO.S171365
220. Kapoor E, Collazo-Clavell ML, Faubion SS. Weight gain in women at midlife: A concise review of the pathophysiology and strategies for management. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(10):1552-1558. doi:10.1016/j.mayocp.2017.08.004
221. Health Canada. Prenatal Nutrition Guidelines for Health Professionals: Gestational Weight Gain. 2010. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fn-an/alt_formats/pdf/nutrition/prenatal/ewba-mbsa-eng.pdf.
222. Fraser A, Tilling K, MacDonald-Wallis C, et al. Associations of gestational weight gain with maternal body mass index, waist circumference, and blood pressure measured 16 years after pregnancy: The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Am J Clin Nutr*. 2011;93(6):1285-1292. doi:10.1097/OGX.0b013e31823d84c4

223. Goldstein R, Teede H, Thangaratinam S, Boyle J. Excess gestational weight gain in pregnancy and the role of lifestyle intervention. *Semin Reprod Med.* 2016;34(2):e14-e21. doi:10.1055/s-0036-1583531
224. Tian J, Gall SL, Smith KJ, Dwyer T, Venn AJ. Worsening dietary and physical activity behaviors do not readily explain why smokers gain weight after cessation: A cohort study in young adults. *Nicotine Tob Res.* 2017;19(3):357-366. doi:10.1093/ntr/ntw196
225. Bush T, Lovejoy JC, Deprey M, Carpenter KM. The effect of tobacco cessation on weight gain, obesity, and diabetes risk. *Obesity.* 2016;24(9):1834-1841. doi:10.1002/oby.21582
226. Cheskin LJ, Hess JM, Henningfield J, Gorelick DA. Calorie restriction increases cigarette use in adult smokers. *Psychopharmacology (Berl).* 2005;179(2):430-436. doi:10.1007/s00213-004-2037-x
227. Hall SM, Tunstall CD, Vila KL, Duffy J. Weight gain prevention and smoking cessation: Cautionary findings. *Am J Public Health.* 1992;82(6):799-803. doi:10.2105/AJPH.82.6.799
228. Spring B, Howe D, Berendsen M, et al. Behavioral intervention to promote smoking cessation and prevent weight gain: A systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2009;104(9):1472-1486. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02610.x
229. Klinsophon T, Thaveeratitham P, Sitthipornvorakul E, Janwantanakul P. Effect of exercise type on smoking cessation: A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Res Notes.* 2017;10(1):442. doi:10.1186/s13104-017-2762-y
230. Mitsuzuka K, Arai Y. Metabolic changes in patients with prostate cancer during androgen deprivation therapy. *Int J Urol.* 2018;25(1):45-53. doi:10.1111/iju.13473
231. Vergidis J, Gresham G, Lim HJ, et al. Impact of weight changes after the diagnosis of stage III colon cancer on survival outcomes. *Clin Colorectal Cancer.* 2016;15(1):16-23. doi:10.1016/j.clcc.2015.07.002
232. Cleveland RJ, Eng SM, Abrahamson PE, et al. Weight gain prior to diagnosis and survival from breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2007;16(9):1803-1811. doi:10.1158/1055-9965.EPI-06-0889
233. Playdon MC, Bracken MB, Sanft TB, Ligibel JA, Harrigan M, Irwin ML. Weight gain after breast cancer diagnosis and all-cause mortality: Systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2015;107(12):djv275. doi:10.1093/jnci/djv275
234. Cespedes Feliciano EM, Kroenke CH, Bradshaw PT, et al. Postdiagnosis weight change and survival following a diagnosis of early-stage breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2017;26(1):44-50. doi:10.1158/1055-9965.EPI-16-0150
235. Mardas M, Stelmach-Mardas M, Madry R. Body weight changes in patients undergoing chemotherapy for ovarian cancer influence progression-free and overall survival. *Support Care Cancer.* 2017;25(3):795-800. doi:10.1007/s00520-016-3462-1
236. Meyerhardt JA, Kroenke CH, Prado CM, et al. Association of weight change after colorectal cancer diagnosis and outcomes in the Kaiser Permanente Northern California population. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2017;26(1):30-37. doi:10.1158/1055-9965.EPI-16-0145
237. Medici V, McClave SA, Miller KR. Common medications which lead to unintended alterations in weight gain or organ lipotoxicity. *Curr Gastroenterol Rep.* 2016;18(1):2. doi:10.1007/s11894-015-0479-4
238. Jain S, Bhargava M, Gautam S. Weight gain with olanzapine: Drug, gender or age? *Indian J Psychiatry.* 2006;48(1):39-42. doi:10.4103/0019-5545.31617
239. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet.* 2013;382(9896):951-962. doi:10.1016/S0140-6736(13)60733-3
240. Rummel-Kluge C, Komossa K, Schwarz S, et al. Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2010;123(2-3):225-233. doi:10.1016/j.schres.2010.07.012

241. Mukundan A, Faulkner G, Cohn T, Remington G. Antipsychotic switching for people with schizophrenia who have neuroleptic-induced weight or metabolic problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(12):CD006629. doi:10.1002/14651858.CD006629.pub2
242. Dayabandara M, Hanwella R, Ratnatunga S, Seneviratne S, Suraweera C, de Silva VA. Antipsychotic-associated weight gain: Management strategies and impact on treatment adherence. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017;13:2231-2241. doi:10.2147/NDT.S113099
243. El Asmar K, Fève B, Colle R, et al. Early weight gain predicts later weight gain in depressed patients treated with antidepressants: Findings from the METADAP cohort. *J Affect Disord.* 2018;241:22-28. doi:10.1016/j.jad.2018.07.059
244. Shi Z, Atlantis E, Taylor AW, et al. SSRI antidepressant use potentiates weight gain in the context of unhealthy lifestyles: Results from a 4-year Australian follow-up study. *BMJ Open.* 2017;7(8):e016224. doi:10.1136/bmjopen-2017-016224
245. Out M, Miedema I, Jager-Wittenaar H, et al. Metformin-associated prevention of weight gain in insulin-treated type 2 diabetic patients cannot be explained by decreased energy intake: A post hoc analysis of a randomized placebo-controlled 4.3-year trial. *Diabetes Obes Metab.* 2018;20(1):219-223. doi:10.1111/dom.13054
246. Pimenta F, Maroco J, Ramos C, Leal I. Predictors of weight variation and weight gain in peri- and post-menopausal women. *J Health Psychol.* 2014;19(8):993-1002. doi:10.1177/1359105313483153
247. Kramer C, Zinman B, Retnakaran R. Are metabolically healthy overweight and obesity benign conditions?: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2013;159(11):758-769. doi:10.7326/0003-4819-159-11-201312030-00008
248. Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, Sharma AM. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *CMAJ.* 2011;183(14):E1059-E1066. doi:10.1503/cmaj.110387
249. Liu RH, Wharton S, Sharma AM, Ardern CI, Kuk JL. Influence of a clinical lifestyle-based weight loss program on the metabolic risk profile of metabolically normal and abnormal obese adults. *Obesity.* 2013;21(8):1533-1539. doi:10.1002/oby.20219
250. Canning K, Brown RE, Wharton S, Sharma AM, Kuk JL. Edmonton obesity staging system prevalence and the association with weight loss in a publicly funded referral-based obesity clinic. *J Obes.* 2015:619734. doi:10.1155/2015/619734
251. Harris C V., Bradlyn AS, Coffman J, Gunel E, Cottrell L. BMI-based body size guides for women and men: Development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts. *Int J Obes.* 2008;32(2):336-342. doi:10.1038/sj.ijo.0803704
252. Yates EA, MacPherson AK, Kuk JL. Secular trends in the diagnosis and treatment of obesity among US adults in the primary care setting. *Obesity.* 2012;20(9):1909-1914. doi:10.1038/oby.2011.271
253. Madigan CD, Aveyard P, Jolly K, Denley J, Lewis A, Daley AJ. Regular self-weighing to promote weight maintenance after intentional weight loss: A quasi-randomized controlled trial. *J Public Health (Bangkok).* 2014;36(2):259-267. doi:10.1093/pubmed/fdt061
254. Shieh C, Knisely MR, Clark D, Carpenter JS. Self-weighing in weight management interventions: A systematic review of literature. *Obes Res Clin Pract.* 2016;10(5):493-519. doi:10.1016/j.orcp.2016.01.004

Додатки

Додаток 1

Зміни гормонального профілю при ожирінні

Гормон	Рівень при ожирінні	Імовірний механізм патогенетичної дії
ТТГ	N або ↑	↑ лептину й інсуліну, ↑ руйнування T ₄ на периферії
вT ₄	N або трохи ↓	↑ руйнування
Кортизол (у крові, сечі та слині)	N або ↑, зміни в тестах пригнічення	↑ рилізін-чинника АКТГ, ↑ жирової 11β-гідроксистероїдодегідрогенази, ↓ глобуліну, що зв'язує стероїди; гіперактивність гіпоталамо-гіпофізарно-адrenalової осі
АКТГ	N або ↑	↑ рилізінг-чинника АКТГ
ГР	N або ↓	↓ рилізінг-чинника ГР, ↑ протеїну, що зв'язує ГР, ↑ інсуліну, ↓ греліну, ↑ соматостатину
ІФР-1	N або ↓	↑ чутливості до ГР, збільшений вміст ТГ у печінці
Пролактин	?	Суперечливі дані
Тестостерон (у чоловіків)	↓	↓ ГЗСГ, ↑ ароматази, ↓ рилізінг-чинника гонадотропінів
Тестостерон (у жінок)	↑	Інсулінорезистентність (СПКЯ), ↓ ГЗСГ
ЛГ/ФСГ	↓ у чоловіків, ↑ ЛГ у жінок	↑ естрогенів/андрогенів, інсулінорезистентність
25ОНD	↓	Депонування в жировій тканині, ↓ впливу сонця, ↓ протеїну, що зв'язує 25ОНD, ↓ синтезу в печінці
ПТГ	N або ↑	Вторинно внаслідок дефіциту вітаміну D
Інсулін	↑	Інсулінорезистентність
Ренін	↑	↑ симпатичного тону

Альдостерон	↑	↑ адипокінів, ренін-ангіотензину, лептину
ГПП-1	↓	↑ вільних жирних кислот, мікробіоти
Лептин	↑	↑ жирової маси, резистентність до лептину
Грелін	↓	Відсутність зменшення греліну після їди

11-ГСД – 11 β -гідроксистероїддегідрогеназа; АКТГ – аденокортикотропний гормон; вТ₄ – вільний Т₄; ВЖК – вільні жирні кислоти; ГА – гіпоталамо-гіпофізарно-адrenalова; ГЗКС – глобулін, що зв'язує стероїди; ГЗСГ – глобулін, що зв'язує статеві гормони; ГПП – глюкагоноподібний пептид; ГР – гормон росту; ІФР-1 – інсуліноподібний фактор росту-1; ЛГ – лютеїнізуючий гормон; ПЗГР – протеїн, що зв'язує гормон росту; ПТГ – паратиреоїдний гормон; РЧ-АКТГ – рилізінг аденокортикотропного гормону; РЧ-ГР – рилізінг-чинник гормону росту; РЧ-ГТ – рилізінг-чинник гонадотропінів; СПКЯ – синдром полікістозних яєчників; ТТГ – тиреотропний гормон; ФСГ – фолікулостимулюючий гормон.

Джерело:

<https://bestpractice.bmj.com/topics/uk-ua/211?q=%D0%9E%D0%B6%D0%B8%D1%80%D1%96%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D1%83%20%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D0%B8%D1%85&c=recentlyviewed>

Ендокринні захворювання/порушення, що спричиняють ожиріння чи беруть участь у його формуванні

Патологічний стан	Поширеність при ожирінні	Коли треба думати про нього	Перший діагностичний крок
Дефіцит андрогенів (у чоловіків)	Значна	Тяжке ожиріння, суб'єктивні й об'єктивні ознаки гіпогонадізму	ЛГ, ФСГ, тестостерон
Надлишок андрогенів (у жінок)	Значна	Центральне ожиріння, нерегулярні менструації, гірсутизм, acanthosis nigricans	ЛГ, ФСГ, естрадіол, тестостерон
СК	Рідко	Центральне ожиріння, АГ, ЦД 2 типу	Пригнічувальний пероральний тест з 1 мг дексаметазону
Ендокринна дисфункція, зумовлена лікарськими засобами (як-от літій, антидепресанти, антипсихотичні засоби, глюкокортикоїди тощо)	Значна	Психіатричні захворювання, глюкокортикоїдна терапія	Пригнічувальний пероральний тест з 1 мг дексаметазону, щоб виключити СК (крім випадків прийому глюкокортикоїдів)
Яєчникова недостатність (передчасна чи менопаузальна)	Передчасна – рідко, фізіологічна (менопаузальна) – часто	Вторинна аменорея, вазомоторні симптоми, атрофія слизової оболонки вагіни	ФСГ, ЛГ, естрадіол
Дефіцит ГР	Рідко	Гіпоталамічна чи пітуїтарна хвороба, втручання на гіпоталамусі чи гіпофізі або їх променева терапія	Сироватковий ІФР-1, тести стимуляції ГР
Гіпопітуїтаризм	Рідко	Підозра на гіпоталамічне ожиріння, втручання на ділянці гіпофіза чи його променева терапія	вТ ₄ , ТТГ, ЛГ, ФСГ (тестостерон або естрадіол); ГР, ІФР-1, пролактин; тест стимуляції АКТГ або ГР

Гіпоталамічне ожиріння, асоційоване з генетичними синдромами	Надзвичайно рідко	Гіпогонадізм (гіпо- чи гіпергонадотропний) або варіабельна статева функція, дисморфічний синдром, ментальна затримка чи затримка росту	Лептин (резистентність до лептину) [7]; генетичне обстеження
Набуте гіпоталамічне ожиріння (ураження чи пухлина гіпоталамуса)	Рідко	Тяжка гіперфагія, ймовірні множинні ендокринні аномалії	Комп'ютерна чи магнітно-резонансна томографія головного мозку
(Тяжкий) гіпотироїдизм	Рідко	Мікседематозні ознаки, супутні аутоімунні хвороби	вТ ₄ , ТТГ

Джерело:

<https://bestpractice.bmj.com/topics/uk-ua/211?q=%D0%9E%D0%B6%D0%B8%D1%80%D1%96%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D1%83%20%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D0%B8%D1%85&c=recentlyviewed>

КОЛУМБІЙСЬКА ШКАЛА ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОСТІ (C- SSRS)

Ця шкала призначена для використання особами, які пройшли підготовку щодо її застосування. Питання, включені в Колумбійську шкалу оцінки тяжкості суїцидальності, є рекомендованими зразками. В кінцевому підсумку рішення про наявність суїцидального мислення або поведінки ґрунтується на висновках особи, яка застосовує цю шкалу.

Необхідно зазначити, що якщо пацієнт негативно відповідає на два перші питання подальше тестування не потрібне та тест вважається негативним.

СУЇЦИДАЛЬНЕ МИСЛЕННЯ		
<i>Задайте питання 1 і 2. Якщо в обох випадках відповідь негативна, переходьте до розділу "Суїцидальна поведінка". Якщо на питання 2 отримана відповідь "так", то задайте питання 3, 4 і 5. Якщо на питання 1 і / або 2 отримана відповідь "так", то заповніть нижченаведений розділ "Інтенсивність суїцидального мислення".</i>	Впродовж усього життя: момент, коли він / вона відчував(ла) найсильніше бажання накласти на себе руки	Останні місяці
1. Бажання померти Суб'єкт підтверджує, що його відвідують думки про бажання померти або перестати жити, або ж про бажання заснути і не просинатися. Чи виникло у Вас бажання померти або заснути і не просинатися? Якщо так, опишіть:	Так Ні	Так Ні
2. Активні неспецифічні думки про самогубство Загальні неспецифічні думки про бажання накласти на себе руки, тобто здійснити самогубство (наприклад, "Я думав (ла) про те, щоб накласти на себе руки") за відсутності роздумів про те, як це зробити (способах самогубства), наміру або плану в період оцінки. Чи думали Ви насправді про те, щоб накласти на себе руки? Якщо так, опишіть:	Так Ні	Так Ні
3. Активне суїцидальне мислення, включаючи роздуми про будь-які способи самогубства (але не про план), за відсутності наміру діяти Суб'єкт підтверджує наявність думок про самогубство і те, що протягом оцінюваного періоду часу він / вона думав (ла) хоча б про один спосіб самогубства. Дана ситуація відмінна від такої, коли суб'єкт розробив конкретний план: час, місце або деталі методу самогубства (наприклад, суб'єкт думав про спосіб самогубства, але не про конкретний план). Сюди відносяться люди, які скажуть: "Я думав (ла) про передозування таблеток, але так і не побудував (ла) конкретного плану щодо того, коли, де і як здійснити це і я б ніколи не довів (ла) справу до кінця". Чи думали Ви про те, як могли б це зробити? Якщо так, опишіть:	Так Ні	Так Ні

<p>4. Активне суїцидальне мислення, включаючи деякі наміри діяти, при відсутності конкретного плану Активні думки про самогубство при заяві суб'єкта <u>про деякі наміри діяти відповідно до цих думок</u> на відміну від твердження: "Такі думки відвідують мене, але я безперечно не стану нічого робити". Чи відвідували Вас подібні думки і був у Вас який-небудь намір діяти відповідно до них?</p> <p>Якщо так, опишіть:</p>	Так Ні	Так Ні
<p>5. Активне суїцидальне мислення, з конкретним планом і наміром Думки про самогубство, включаючи план з повністю або частково опрацьованими деталями, і деякий намір суб'єкта здійснити цей план. Чи почали Ви розробляти або вже розробили детальний план самогубства? Маєте Ви намір здійснити цей план?</p> <p>Якщо так, опишіть:</p>	Так Ні	Так Ні
ІНТЕНСИВНІСТЬ СУЇЦИДАЛЬНОГО МИСЛЕННЯ		
<p>Наступні пункти слід оцінювати, беручи до уваги найбільш небезпечний тип мислення (тобто пункти 1-5, наведені вище: 1 - найменш небезпечний, а 5 - найбільш небезпечний). Запитайте, коли у суб'єкта було найсильніше бажання накласти на себе руки.</p>	Найбільш небезпечне	Найбільш небезпечне
<p>Частота Скільки разів Вас відвідували подібні думки? (1) Рідше одного разу на тиждень (2) Раз на тиждень (3) 2-5 рази на тиждень (4) Кожен день майже кожен день (5) Багаторазово кож день</p>		
<p>Тривалість Коли подібні думки відвідують Вас, як довго вони тривають? (1) Вони швидкоплинні - кілька секунд або хвилин (2) Менше години/недовго (3) 1-4 години/ довго (4) 4-8 годин / більшу частину дня (5) Більше 8 годин / вонистійкі або постійні</p>		
<p>Контрольованість Чи могли б Ви або чи можете Ви при бажанні припинити думати про самогубство або про бажання померти? (1) Може легко контролювати такі думки (2) Може контролювати такі думки з незначними труднощами (3) Може контролювати такі думки з деякими труднощами (4) Може контролювати такі думки з великими труднощами (5) Не в змозі контролювати такі думки (0) Не намагається контролювати такі думки</p>		

<p>Стримуючі фактори Чи є які-небудь стримуючі фактори (хтось або щось), які утримали Вас від прагнення до смерті або від спроб здійснення думок про самогубство (наприклад, сім'я, релігія, страх перед болем, пов'язаний зі смертю)?</p>		
<p>(1) Стримуючі фактори безумовно утримали Вас відспоби самогубства (2) Ймовірно, стримуючі фактори утримали Вас (3) Ви не впевнені, що стримуючі фактори утримали Вас</p>	<p>(4) Швидше за все, стримуючі фактори не втримали Вас (5) Стримуючі фактори безумовно не втримали Вас</p>	
<p>(0) Даний пункт не застосовний</p>		
<p>Причини суїцидального мислення Які причини були у Вас для того, щоб думати про бажання померти або самогубство? Ви хотіли померти для того, щоб припинити біль або перестати відчувати, що Ви відчували (іншими словами, Ви не могли продовжувати жити з тим болем або тими почуттями, які ви відчували), або ж Вашою метою було привернення уваги, помста або отримання відгуку інших людей? Або і те, і інше?</p> <p>(1) Виключно для того, щоб привернути увагу, помститися або домогтися відгуку інших людей (2) Здебільшого для того, щоб привернути увагу, помститися або домогтися відгуку інших людей (3) В рівній мірі для того, щоб привернути увагу, помститися або домогтися відгуку інших людей, і для того, щоб припинити / зупинити біль</p>	<p>(4) Здебільшого для того, щоб припинити / зупинити біль (Ви не могли продовжувати жити з тим болем або тими почуттями, які Вивідчували) (5) Виключно для того, щоб припинити або зупинити біль (Ви не могли продовжувати жити з тим болем або тими почуттями, які Вивідчували) (0) Даний пункт не застосовний</p>	<input type="checkbox"/>
<p>СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА <i>(Відзначте все, що мало місце, за умови, що мова йде про різні випадки; Ви повинні запитати про всі типи спроби суїциду.)</i></p>	<p>Впродовж усього життя</p>	<p>Останні роки</p>
<p>Фактична спроба самогубства: Потенційно самоушкоджуюча дія, вчинена, щонайменше, з деяким бажанням померти в результаті даної дії. Здійснені дії частково затівались як спосіб убити себе. Намір не обов'язково має бути стовідсотковим. Дія може вважатися фактичною спробою самогубства, якщо з ним асоціюється хоч якийсь намір або бажання померти. Реальне нанесення собі ушкоджень або шкоди необов'язкове, достатньо потенційної можливості нанесення собі ушкоджень або шкоди. Якщо людина натискає на курок, тримаючи пістолет у роті, але пістолет зламаний, і тому людина не завдає собі ушкоджень, то це вважається спробою самогубства. Обставини, що вказують на наявність наміру: навіть якщо людина заперечує свій намір або бажання померти, на підставі поведінки або на підставі обставин може бути зроблений клінічний висновок про намір. Наприклад, вкрай смерто-носу</p>	<p>Так Ні</p>	<p>Так Ні</p>
	<p>Загальна кількість спроб</p>	<p>Загальна кількість спроб</p>

дію, яка безумовно не є нещасним випадком, і, отже, намір самогубства є єдиним можливим поясненням (наприклад, постріл в голову, стрибок з вікна з високого поверху). Якщо людина заперечує свій намір померти, проте вважала, що його / її дії можуть призвести до смерті, також можна зробити висновок про намір.

Робили Ви спробу самогубства?

Робили Ви які-небудь дії з метою завдати собі шкоди?

Робили Ви які-небудь небезпечні дії, які могли привести до Вашої смерті?

Які дії Ви робили?

Чи здійснювали Ви _____ як спосіб покінчити з собою? Чи хотілося Вам (хоча б трохи), померти коли Ви _____?

Чи намагалися Ви накласти на себе руки, коли Ви _____?

Або вважали Ви, що могли померти від _____?

Або Ви зробили це за зовсім інших причин, тобто без ВСЯКОГО наміру вби-ти себе (наприклад, з метою зняти напруження, відчувати себе краще, викли-кати співчуття або тому, що хотіли, щоб відбулося щось інше)? (Самоуш-коджуюча поведінка без наміру вчинити самогубство)

Якщо так, опишіть:

Чи відзначалася у суб'єкта несуїцидальна самоушкодуюча поведінка?

Так Ні

Так Ні

Перервана спроба самогубства:

Коли людину переривають, і йому / їй не вдається (через зовнішні обставини) почати потенційно самоушкодуючу дію (інакше сталася б фактична спроба самогубства).

Передозування: людина тримає в руці таблетки, але їй не дають їх проковтнути. Як тільки людина ковтає будь-яку кількість таблеток, дія класифікується як спроба, а не перервана спроба. Постріл: людина направила на себе пістолет, але хтось забирає зброю, або хтось (або щось) заважає натиснути на курок. Як тільки людина спустила курок, навіть якщо відбувається осічка, дія класифікується як спроба самогубства. Стрибок: людина готова стрибнути, але його хапають і стя-гують з краю. Повішення: людина зав'язала петлю навколо шиї, але ще не пові-силась - її зупинили.

Чи траплялося, що, Ви починали вчиняти будь-які дії з метою накласти на себе руки, але хтось чи щось зупиняв (ло) Вас перш, ніж Ви фактично здійс-нювали що-небудь?

Якщо так, опишіть:

Так Ні

Так Ні

Загальна кількість перерваних спроб

Загальна кількість перерваних спроб

Самостійно зупинена спроба самогубства:

Коли людина починає робити кроки з метою здійснити спробу самогубства, але зупиняє себе раніше, ніж фактично починає здійснювати будь-які самодеструк-тивні дії. Приклади самостійно зупинених спроб схожі з прикладами перерваних спроб, за винятком того, що людина зупиняє себе сама, а не щось інше зупиняє його / її.

Чи траплялося, що, Ви починали вчиняти якісь дії з метою накласти на себе руки, але зупиняли себе перш, ніж фактично здійснювали що-небудь?

Якщо так, опишіть:

Так Ні

Так Ні

Загальна кількість самостійно зупинених спроб

Загальна кількість самостійно зупинених спроб

Підготовчі дії або поведінка:

Дії у зв'язку з майбутньою спробою самогубства або підготовка до неї. До таких дій можна віднести все, що виходить за рамки вербалізації або думок, як то: придбання засобів для реалізації конкретного способу самогубства (наприклад, покупка таблеток, зброї) або приготування до власної смерті в результаті суїциду (наприклад, роздача своїх речей, написання передсмертної записки).

Робили Ви які-небудь кроки з метою здійснити спробу самогубства або при-готуватися до того, щоб накласти на себе руки (наприклад, купували таб-летки, зброю, роздавали цінні речі або писали передсмертну записку)?

Якщо так, опишіть:

Так Ні

Так Ні

Суїцидальна поведінка: Чи було впродовж оцінюваного періоду часу виявлено суїцидальну поведінку?	Так Ні	Так Ні	
Відповісти тільки для фактичних спроб самогубства	Дата самої недавньої спроби:	Дата спроби з найбільшою ймовірністю летального результату:	Дата самої першої спроби:
Реальна летальність або шкода здоров'ю: 0. Тілесних ушкоджень немає, або дуже легкі тілесні ушкодження (наприклад, неглибокі подряпини). 1. Легкі тілесні ушкодження (наприклад, млява мова, опіки першого ступеня, легка кровотеча, розтягнення зв'язок). 2. Помірні тілесні ушкодження; потрібна медична допомога (наприклад, потерпілий в свідомості, але млявий, частково реагує на зовнішні подразники, опіки другого ступеня, кровотеча з великої судини). 3. Помірно тяжкі тілесні ушкодження; потрібна госпіталізація за медичними показаннями і, ймовірно, інтенсивна терапія (наприклад, коматозний стан зі збереженням рефлексів, опіки третього	Введіть код	Введіть код	Введіть код
ступеня, що охоплюють менше 20 % тіла, велика, проте не смертельна втрата крові, серйозні переломи). 4. Важкі тілесні ушкодження; потрібна госпіталізація за медичними показаннями і інтенсивна терапія (наприклад, коматозний стан без збереження рефлексів, опіки третього ступеня, що охоплюють більше 20 % тіла, велика втрата крові з нестабільними основними показниками стану організму, серйозні пошкодження життєво важливих органів). 5. Смерть			
Потенційна летальність: Відповісти, тільки якщо реальна летальність = 0 Ймовірна летальність фактичної спроби самогубства при відсутності шкоди здоров'ю (в наведених нижче прикладах певні дії не завдали реальної шкоди здоров'ю, але ймовірність летального результату була дуже велика: людина вставила пістолет в рот і натиснула на курок, але сталася осічка, і тому збиток здоров'ю не був завданий; людина лягла на рейки, по яких до неї наближався потяг, але його / її відтягли, і наїзд поїзда не відбувся). 0 = Поведінка, яка навряд чи призведе до травм 1 = Поведінка, яка, ймовірно, призведе до травм, але навряд чи тягне за собою смерть 2 = Поведінка, яка, ймовірно, призведе до смерті, незважаючи на надання доступної медичної допомоги	Введіть код	Введіть код	Введіть код

Рекомендації для корекції лікування пацієнтів, які мають психіатричні розлади

Рекомендовано регулярно контролювати вагу, рівень глюкози та ліпідний профіль у пацієнтів з психіатричним діагнозом, які приймають препарати, що можуть провокувати збільшення МТ.

Під час вибору психотропних препаратів слід враховувати як ефективність в лікуванні психічного розладу, так і вплив на МТ пацієнта.

Метформін та психологічне лікування, таке як когнітивно-поведінкова терапія, слід розглядати як профілактику збільшення МТ у пацієнтів з важкими психічними захворюваннями, що лікуються антипсихотичними препаратами, які можуть провокувати збільшенням МТ.

У пацієнтів із НадМТ і психогенним переїданням слід розглядати топірамат як доповнення до психологічного втручання для лікування розладу харчової поведінки та НадМТ.

Таблиця 1. Вплив лікарських засобів на МТ

	Значний набір маси тіла		Від нейтрального впливу до незначного набору маси тіла		Зниження маси тіла (від нейтрального впливу до помірного зниження)
Протиепілептичні препарати	Вальпроат, вігабатрин	Прегабалін, габапентин	Карбамазепін, оксокарбазепін	Ламотриджин, леветирацетам, фенітоїн	Топірамат, зонісамід, фелбамат
Антимігренозні препарати	Амітриптилін, дивалпрокс, флунаризин	Габапентин, метопролол, пропранолол	Тимолол, леветирацетам	Зонісамід, топірамат	
Протидіабетичні препарати	Інсулін і його аналоги			Агоністи рецепторів ГПП-1, метформін	
Інші препарати	Глюкокортикоїди, іматиніб, медроксипрогестерон		Бензодіазепіни, статини, антигістамінні (ципрогептадин), карведилол, пероральні контрацептиви		

Таблиця 2. Огляд психотропних лікарських засобів

	Значний набір ваги	Від нейтрального впливу до незначного набору ваги	Зниження ваги
Антипсихотичні препарати	Клозапін, оланзапін, хлорпромазин, кветіапін, рисперидон	Арипіпразол, галоперидол, зипразидон	

Антидепресанти	Пароксетин, амітриптилін, оланзапін, циталопрам, нортриптилін, доксепін	Літій, дезипрамін, імипрамін, дулоксетин, есциталопрам	Венлафаксин, флувоксамін, сертралін, тразодон, флуоксетин	Бупропіон
Стабілізатори настрою	Вальпроат, літій, габапентин			Топірамат
Анксиолітики			Лоразепам, діазепам, оксазепам	

Джерела:

1. <http://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/7-The-Role-of-Mental-Health-v4-with-links.pdf>
2. <http://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/4-Prevention-and-Harm-Reduction-v5-with-links.pdf>

Ефективні психологічні та поведінкові втручання у лікуванні ожиріння

Ключові повідомлення для медичних працівників

- Усі заходи щодо боротьби з ожирінням передбачають модифікацію поведінку з боку людини, яка живе з ожирінням (наприклад: харчування, ФА, дотримання режиму прийому ліків), тому підтримка змін поведінки повинна бути включена в усі стратегії лікування НадМТ та ожиріння. Це вимагає зміни взаємовідносин між пацієнтом та лікарем, від експерта (навчити і розповісти) до співробітника, що чуйно реагує на психологічний стан пацієнта.

- Втручання у боротьбу з НадМТ та ожирінням повинні оцінюватися виходячи з того, наскільки стійкими є поведінкові компоненти конкретного пацієнта. Стратегії лікування НадМТ або ожиріння, що є більш прийнятними для пацієнта, повинні бути пріоритетнішими за плани боротьби з ожирінням під керівництвом лікаря або програми.

- Харчування, дотримання медичних рекомендацій та ФА є результатами психологічних та поведінкових втручань а не втручань зарахунок власних зусиль. Стратегії зміни поведінки, що лежать в основі дієтичних, медичних програм та програм ФА повинні бути визначені (тобто чітко зазначенні стратегії зміни поведінки, за допомогою яких досягаються стійкі зміни).

Ключові повідомлення для медичних працівників , що займаються приватною практикою

- Встановіть відносини співпраці з пацієнтом, використовуючи принципи мотиваційного інтерв'ю, щоб спонукати пацієнта вибрати та взяти на себе зобов'язання щодо дотримання науково обґрунтованої, стійкої поведінки асоційованої з лікуванням ожиріння.

- Медичні працівники повинні попросити дозволу просвітити пацієнта щодо успіху в лікуванні ожиріння більшою мірою пов'язаний із покращенням здоров'я, функціональністю та ЯЖ в результаті досяжних поведінкових та психологічних цілей, а не тільки за рахунок величини зниження МТ.

- Розгляньте можливість використання концепції "оптимальної МТ" (тобто МТ, яку людина може досягти та підтримувати, дотримуючись найбільш здорового та щасливого способу життя).Ця інформація має бути запропонована, як засіб зниження самообману та підтримки відповідних кінцевих цілей, які визнають, що МТ не є поведінкою. Це сприяє прийняттю тіла.

- Пояснити пацієнтові, що успіх у лікуванні ожиріння пов'язаний із постановкою досяжних, стійких цілей, яких він може дотримуватись, при цьому розвиваючи впевненість в собі для подолання бар'єрів. Цілі повинні позитивно впливати на здоров'я, функціональність та ЯЖ.

- Заохочуйте пацієнта:

- Ставити перед собою реалістичні та досяжні цілі.
- Самоконтролювати поведінку.
- Аналізувати невдачі, використовуючи вирішення проблем та когнітивну реструктуризацію, включаючи прояснення та роздуми про ціннісно-орієнтовану поведінку.

- Для медичних працівників, які працюють у складі команд (включаючи спеціалізовані програми з ведення пацієнтів, які живуть із НадМТ або ожирінням), принаймні один член команди повинен розвивати компетентність у поведінкових втручаннях, включаючи самоконтроль, постановку цілей та планування дій, управління підкріпленням, соціальне порівняння, когнітивну реструктуризацію, мотиваційне інтерв'ювання та консультування на основі цінностей. Психологічні та поведінкові втручання мають бути спрямовані на прихильність до лікування, самоефективність та автономну мотивацію.

Оцінка та діагностика НадМТ або ожиріння (призводить до розуміння причин тяжкості захворювання)

Розробіть план лікування, який ви будете рекомендувати пацієнту з НадМТ або ожирінням

Попросіть дозволу у пацієнта на створення плану лікування НадМТ або ожиріння.

Якщо пацієнт погодився:
попросіть дозволу проводити для нього освітню діяльність на основі біологічних знань, щоб усунути його упередженість і призвести до зміни поведінки.

Якщо пацієнт не згоден:
попросіть дозволу обговорити це питання ще раз під час наступного візиту. З'ясуйте причини відмови.

Поставте цілі та визначте послідовність дій, які є реалістичними та досяжними для конкретного пацієнта: заохочуйте пацієнта до самоконтролю поведінки, разом з пацієнтом аналізуйте невдачі, використовуючи когнітивну реструктуризацію, пояснення та осмислення поведінки основаної на цінностях. Використовуючи наведену нижче таблицю, попросіть дозволу пацієнта навчити його управлінню передбачуваними проблемами, які впливають на успіх лікування.

Усунення індивідуальних упереджень

- Використовуйте мотиваційну інтерв'ю (МІ); питайте, слухайте, узагальнюйте, запрошуйте до розмови) для заохочення до розглядання ожиріння як хронічного, прогресуючого захворювання.
- Розгляньте можливість пояснити як генетичні та нейрогормональні фактори впливають на зниження МТ. Надайте детальну інформацію про ефективність лікуванні, потенційні негативні наслідки індивідуальних упереджень (низька самооцінка, безпорадність, депресія).

Управління очікуваннями

- Заохочуйте пацієнта переходити від очікувань оптимального зниження МТ до відзначення та отримання задоволення від результатів, які вже вдалося досягти.
- Існує оптимальна МТ окремо для поведінкового лікування, окремо для поведінкового лікування у поєднанні з фармакотерапією, та оптимальна МТ при хірургічному втручанні.
- Заохочуйте пацієнта розглядати переваги зниження МТ на 5-10-15%.

<p>Заохочуйте поведінку, яка основана на цінностях.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Цінності - це особисті переконання про те, що робить життя цінним і те що робить боротьбу за досягнення цілей гідною. - Використовуйте МІ, щоб допомогти пацієнту порівняти ситуаційний вибір поведінки з напрямком цінностей (ближче чи далі від цінностей). - Підкріплюйте та підтримуйте пацієнта у виборі поведінки, яка відповідає цінностям, а не отриманню задоволення чи зручності. 	<p>Використовуйте МІ для:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Заохочування до розуміння мотиваційної системи «<i>хочу</i>» як нормальної функції мозку. - Заохочування виявляти ситуації підвищеного ризику, які викликають бажання їсти. - Спонукайте пацієнта стримувати бажання їсти поза планом. Поясніть що його стримування зробить дискомфорт виправданим, якщо це сприятиме досягненню цілей та підтримці цінностей.
<p>Заохочуйте до розвитку стриманості</p> <p>Використовуйте МІ для:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Опису робочої моделі саморегуляції, як важливої навички, яка пов'язана із досягнення оптимальної МТ. - Проінформуйте пацієнта про наявність «думок стримування» та «думок дозволу». - Посилаючись на цінності пацієнта, визначте та порівняйте «думки дозволу» та «думки стримування». 	<p>Модулятори</p> <p>Використовуйте МІ для:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Заохочування визначення та прийняття кінцевого списку внутрішніх модуляторів системи апетиту - Оцінці та подолання таких проблем як стрес, втома, депресія, тривога.

Джерело:

<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/07/10-Psych-Interventions-2-v7-with-links-1.pdf>

Ожиріння у вагітних

Доведено підвищений ризик виникнення ускладнень вагітності в жінок, які мають НадМТ або ожиріння.

1. Виявіть і класифікуйте НадМТ або ожиріння.

1.1. Під час першого консультування вагітної виміряйте її МТ і зріст, обчисліть ІМТ [1].

1.2. Встановіть діагноз НадМТ або ожиріння залежно від ІМТ, що обчислювався до настання вагітності (якщо він зареєстрований) або під час першого огляду після настання вагітності. Обчислення й інтерпретацію ІМТ потрібно здійснювати за рекомендаціями ВООЗ (див. пункт 2.2.5 настанови).

1.3 Виключіть можливі ендокринні причини НадМТ або ожиріння.

1.4. Визначте рекомендований гестаційний набір МТ під час вагітності залежно від ІМТ жінки до настання вагітності (або ІМТ під час першого огляду після настання вагітності).

Таблиця 1. Рекомендації щодо гестаційного набору маси тіла [2]

ІМТ до вагітності (кг/м ²)	Рекомендований приріст маси тіла (кг)	Темпи збільшення маси тіла в II та III триместрах (кг/тиж)
<18,5	12,5-18,0	0,51 (0,44-0,58)
18,5-24,9	11,5-16,0	0,42 (0,35-0,50)
25,0-29,9	7,0-11,5	0,28 (0,23-0,33)
≥30	5,0-9,0	0,22 (0,17-0,27)

1.5. Рекомендовані діапазони гестаційного набору МТ є лише орієнтованими та містять запропоновані межі, а не конкретні цілі. Немає ані настанови ВООЗ на глобальному чи європейському рівні, ані будь-якого консенсусу щодо МТ, яку потрібно набрати вагітним з ожирінням [3].

2. Обговорюйте можливі ускладнення вагітності при ожирінні. Оцінюйте ризики під час вагітності.

Таблиця 2. Ризики ожиріння під час вагітності [4]

Період	Ризик для здоров'я
Аntenатальний	<ul style="list-style-type: none"> • Антенатальна загибель плода • Викидень • Материнська смертність • ЦД • Прееклампсія • Обструктивне апное уві сні – може бути пов'язане з несприятливими наслідками для плода • Тромбоемболічна хвороба • Холецистит • Депресія • Труднощі з пальпацією живота й отриманням адекватної аускультативної серця плода та кардіотокографії • Субоптимальна ультрасонографія • Діагностика вроджених аномалій • Передчасні пологи – переважно пов'язані із супутніми захворюваннями • Збільшення ймовірності багатоплідної вагітності • Малий плід для конкретного строку гестації
Знеболювальний	<ul style="list-style-type: none"> • Невдала епідуральна анестезія під час пологів • Складність інтубацій • Підвищений ризик виникнення шлунково-стравохідної регургітації

Пологовий	<ul style="list-style-type: none"> • Знижена ймовірність вагінальних пологів після кесаревого розтину • Індукція пологів • Невдала індукція пологів • Кесарів розтин • Оперативні й ускладнені вагінальні пологи • Тяжкий хірургічний доступ • Дистоція плічок • Ускладнені пологи • Перинатальна смерть
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.1. Що вищий ІМТ до вагітності, то вищі ризики під час вагітності [4].

2.2. Жінкам з ІМТ ≥ 40 кг/м² може знадобитися індивідуальна оцінка ризику можливих ускладнень під час пологів, включаючи ризик анестезії [5].

3. Визначте тактику ведення жінки під час вагітності.

Дієта та фізична активність під час вагітності зменшують гестаційний приріст МТ у середньому на 20% [6].

3.1. Надайте поради щодо харчування під час вагітності.

3.1.1. Вплив дієти не залежить від ІМТ жінки. Є потенційні переваги для всіх жінок із НадМТ [7].

3.1.2. Консультації щодо харчування мають бути надані навченим спеціалістом на початку вагітності, якщо це можливо [1].

Запропонуйте консультацію дієтолога, якщо це можливо. Враховуйте, що багато жінок та їхніх партнерів мають соціальні та культурні бачення щодо дієт для вагітних і гестаційного набору МТ. Ці погляди мають братися до уваги при обговоренні важливості здорового харчування та відповідних фізичних вправ під час вагітності [1].

3.1.3. Незважаючи на те що під час вагітності потреба в деяких поживних речовинах (наприклад, у залізі, фолієвій кислоті) збільшується, основні принципи здорового харчування залишаються незмінними [5].

3.1.4. Здорове харчування під час вагітності передбачає вживання різноманітних харчових продуктів [5].

- Овочі та фрукти. Через ризик лістеріозу не слід готувати зі заздалегідь приготованих або попередньо запакованих нарізаних фруктів чи овочів.

- Зернові (злакові) продукти. Цільнозернові продукти є цінним джерелом заліза, цинку та клітковини.

- Пісне м'ясо та птиця, риба, яйця, тофу, горіхи та насіння, а також бобові. Пісне червоне м'ясо та курка є хорошими джерелами білка, заліза та цинку. Сирого чи недовареного м'яса, охолодженого попередньо приготованого м'яса, паштетів і м'ясних паст слід уникати під час вагітності через ризик лістеріозу. Необхідно з обережністю вживати деякі види риб (як-от акул, марлін, риба-меч, сом) через потенційно вищий вміст ртуті. Слід уникати продуктів, які містять сирі яйця, через ризик сальмонельозу та при обтяженому алергологічному анамнезі.

- Йогурт і сир та/або їх альтернативи. Є хорошими джерелами кальцію. Під час вагітності рекомендуються обезжирене молоко, йогурт і сирні продукти. Слід уникати вживання непастеризованих молочних продуктів і м'яких, напівм'яких і дозованих сирів через ризик лістеріозу. Жінки, які уникають молочних продуктів, повинні вживати альтернативні продукти, збагачені кальцієм.

- Вода. Вагітні мають підвищену потребу через збільшений об'єм позаклітинної рідини, потреби плода та навколоплідні води. Потреба в рідині перевищує базові потреби на 750-1000 мл на день.

3.1.5. Продукти, вживання котрих потрібно рекомендувати обмежити чи виключити під час вагітності:

- продукти, що містять насичені жири, додаткові сіль або цукор;

- алкоголь.

3.2. Надайте рекомендації щодо фізичної активності під час вагітності.

3.2.1. Регулярна та достатня фізична активність має важливе значення для підтримки енергетичного балансу й оптимальної МТ, а також є дуже корисною для здоров'я. Фізичною

активністю вважаються будь-які рухи тіла, що виконуються скелетними м'язами, включаючи ходьбу, роботу по дому, ручну працю та спорт.

3.2.2. Вплив фізичної активності не залежить від ІМТ жінки. Є потенційні переваги для всіх жінок із НадМТ [7].

3.2.3. Оцініть рівень поточної фізичної активності. Якщо рівень мінімальний, то рекомендуйте повільно збільшити тривалість помірних фізичних навантажень [4].

- Фізична активність може включати аеробні вправи (ходьба, плавання, водні заняття, тренажери) та вправи на опір (легкий або помірний).

- Рекомендуйте 30 хвилин фізичної активності в більшість днів тижня.

- Фізичні вправи можуть бути розбиті на коротші часові проміжки.

- Не рекомендуйте фізичних навантажень, які передбачають: лежання на спині; підвищений ризик падіння чи травми живота (контактні види спорту, більшість видів спорту з ракеткою, верхова їзда, катання на водних лижах); перебування на екстремальних глибинах/висотах (наприклад, підводне плавання, альпінізм); надмірну розтяжку.

- Обговоріть модифікації фізичної активності в міру прогресування вагітності (особливо в III триместрі, оскільки центр МТ змінюється).

- Індивідуально оцінюйте й обговорюйте протипоказання та показання до фізичних навантажень.

3.2.4. Враховуйте індивідуальні обставини, даючи поради щодо фізичної активності [4].

3.2.4.1. Протипоказання щодо фізичних навантажень мають вагітні з такими патологічними станами:

- гемодинамічно значущі захворювання серця;
- рестриктивні захворювання легень;
- істміко-цервікальна недостатність;
- багатоплідна вагітність із загрозою передчасних пологів;
- персистентні кровотечі в II або III триместрі;
- передлежання плаценти після 26-го тижня вагітності;
- передчасні пологи під час поточної вагітності;
- прееклампсія;
- затримка внутрішньоутробного росту.

3.2.4.2. Порадьте припинити фізичне навантаження та порекомендуйте подальше обстеження вагітним, які відзначають:

- прискорений пульс;
- задишку до чи під час навантаження;
- запаморочення, непритомність, нудоту;
- головний біль;
- зменшення рухливості плода;
- підвищений тонус матки, вагінальні кровотечі, підтікання навколоплідних вод;
- біль у спині чи тазу;
- біль у грудях;
- м'язову слабкість;
- біль у литках або набряки щиколоток, рук та/або обличчя.

3.3. Під час кожного візиту обговорюйте зміну МТ, харчування та рівень фізичної активності.

3.4. Проведіть скринінг на ГЦД [4].

Порівняно з жінками з нормальною МТ, ризик ГЦД серед жінок, які мають НадМТ, зростає більш ніж у 2 рази, а в жінок, які страждають на ожиріння, – близько в 3,5-8,5 разів [3].

3.4.1. Рекомендуйте пероральний глюкозотолерантний тест (75 г глюкози) або аналіз крові на HbA_{1c} при першій консультації під час вагітності чи в I триместрі.

3.4.2. Якщо результати глюкозотолерантного тесту (75 г глюкози) або HbA_{1c} у нормі, рекомендуйте повторити глюкозотолерантний тест (75 г глюкози) на 24-28-му тижні вагітності.

3.5. Не рекомендуйте препарати для лікування ожиріння під час вагітності [1].

Нині є небагато інформації щодо впливу препаратів для лікування ожиріння на плід.

4. Пологи та післяпологовий період.

4.1. Ризики ожиріння в післяпологовому періоді [3,4] :

- крововиливи;
- інфекції грудної клітки, статевих шляхів і сечовивідної системи;
- знижена частота грудного вигодовування;
- постнатальна депресія;
- тромбоемболічна хвороба;
- післяпологове збереження НадМТ;
- неонатальна гіпоглікемія.

4.2. Ожиріння матері може бути пов'язане із затримкою лактації, рідшим використанням і більш раннім припиненням грудного вигодовування, раннім уведенням прикорму [1].

Найімовірніше, має багатофакторне походження й може бути пов'язане з труднощами щодо правильного розташування дитини та можливістю порушення секреції пролактину при смоктанні.

4.3. Рекомендуйте постнатальне обстеження (глюкозотолерантний тест, навантаження 75 г глюкози) жінкам, у яких було діагностовано ГЦД, через 4-12 тижнів після пологів [8].

4.4. Не рекомендуйте використовувати визначення HbA_{1c} у постнатальному періоді, оскільки його рівень може постійно змінюватися (знижуватися) за рахунок підвищеної потреби в еритроцитах, пов'язаної з вагітністю, втратою крові при пологах або попереднім глікемічним профілем за 3 місяці [8].

Джерела:

1. Denison FC, Aedla NR, Keag O, Hor K, Reynolds RM, Milne A, Diamond A; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Care of Women with Obesity in Pregnancy: Green-top Guideline No. 72. BJOG. 2019 Feb;126(3):e62-e106. doi: 10.1111/1471-0528.15386. Epub 2018 Nov 21. PMID: 30465332.
2. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. PMID: 20669500.
3. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро Здоровое питание матери: лучшее начало жизни, 2016 г., 104с
4. Queensland Clinical Guidelines. Maternity and Neonatal Clinical Guideline Supplement: Obesity in pregnancy. 2015; <https://www.health.qld.gov.au/qcg/publications>
5. Homer CS, Oats J, Middleton P, Ramson J, Diplock S. Updated clinical practice guidelines on pregnancy care. Med J Aust. 2018 Nov 5;209(9):409-412. doi: 10.5694/mja18.00286. PMID: 30376663
6. Bray GA, Heisel WE, Afshin A, Jensen MD, Dietz WH, Long M, Kushner RF, Daniels SR, Wadden TA, Tsai AG, Hu FB, Jakicic JM, Ryan DH, Wolfe BM, Inge TH. The Science of Obesity Management: An Endocrine Society Scientific Statement. Endocr Rev. 2018 Apr 1;39(2):79-132. doi: 10.1210/er.2017-00253. PMID: 29518206; PMCID: PMC5888222
7. International Weight Management in Pregnancy (i-WIP) Collaborative Group (2017). Effect of diet and physical activity based interventions in pregnancy on gestational weight gain and pregnancy outcomes: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. BMJ (Clinical research ed.), 358, j3119. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3119>

8. American Diabetes Association (2020) Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diab. Care*, Jan. 1, 43(Iss.) Suppl. 1 (<https://doi.org/10.2337/dc20-Sint>).].

Преконцепційна підготовка жінки з ожирінням

1. Виявіть і класифікуйте НадМТ або ожиріння.
 - 1.1. Під час першого дородового відвідування виміряйте МТ і зріст жінки й обчисліть ІМТ.
 - 1.2. Встановіть діагноз НадМТ або ожиріння залежно від ІМТ. Обчислення й інтерпретацію ІМТ потрібно здійснювати згідно з рекомендаціями ВООЗ (див. пункт 2.2.5 настанови).
 - 1.3. Виключіть можливі ендокринні причини НадМТ або ожиріння.
2. Обговоріть ризики та можливі ускладнення вагітності при ожирінні. Надайте інформацію жінкам дітородного віку з ожирінням як про ризики ожиріння, так і про переваги зниження МТ до вагітності.

Ризики ожиріння в прекоцепційному періоді: СПКЯ, безпліддя, переддіабет (порушення глікемії натще чи толерантності до глюкози), ЦД 2 типу [1].
3. Визначте тактику ведення жінки з НадМТ або ожирінням до настання вагітності.

Ожиріння – це модифікований фактор ризику, що ідеально вирішується до зачаття та між вагітностями [1].

 - 3.1. Преконцепційне зниження МТ дає можливість [2,3]:
 - покращити прогноз вагітності як для матері, так і для дитини за рахунок зменшення ризику викидня, преєклампсії та ГЦД;
 - збільшити ймовірність вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину;
 - зменшити довгострокові ризики для здоров'я, як-от гіпертензія, обструктивне апное уві сні, легеневі та серцево-судинні захворювання.
 - 3.2. Під час кожного дородового візиту пропонуйте жінкам зважуватися та заохочуйте самостійно контролювати збільшення МТ.
 - 3.3. Обговорюйте з жінкою необхідність зменшення ваги, харчування та рівень фізичної активності (див. пункти 2.8 та 2.9 настанови).
 - 3.4. Рекомендуйте стабілізувати МТ за 2-3 місяці до зачаття [1].
 - 3.5. Запропонуйте консультацію дієтолога [1].
 - 3.6. Розгляньте можливість застосування бариатричної хірургії до вагітності, що може покращити результати вагітності [1].
 - 3.7. Проведіть скринінг на ЦД (особливо за наявності ГЦД в анамнезі, СПКЯ) [1].

Джерела:

1. Queensland Clinical Guidelines. Maternity and Neonatal Clinical Guideline Supplement: Obesity in pregnancy. 2015; <https://www.health.qld.gov.au/qcg/publications>
2. Simon A, Pratt M, Hutton B, et al. Guidelines for the management of pregnant women with obesity: A systematic review. Obesity Reviews. 2020;21: e12972. <https://doi.org/10.1111/obr.12972>
3. Queensland Clinical Guidelines. Maternity and Neonatal Clinical Guideline Supplement: Obesity in pregnancy. 2015; <https://www.health.qld.gov.au/qcg/publications>

Ожиріння та ризик розвитку злоякісних новоутворень репродуктивної системи в жінок

НадМТ пов'язана з підвищеним ризиком багатьох видів раку. Частота захворюваності на рак, пов'язаної з НадМТ, у понад 2 рази вища в жінок, ніж у чоловіків [1].

Звіт Робочої групи з питань ожиріння та Міжнародного агентства з досліджень раку (IARC, 2016) та пізні метааналізи вказують на існування взаємозв'язку між ожирінням і 13 видами раку, серед яких і злоякісні новоутворення репродуктивної системи в жінок, а саме рак ендометрія (РЕ), рак молочних залоз у постменопаузі та рак яєчників [2, 3].

Ожиріння серед причин раку має різну питому вагу залежно від локалізації. У жінок на частку НадМТ припадає приблизно 31% серед причин РЕ порівняно з 7% – раку молочних залоз і лише 4% – раку яєчників [4].

Рак ендометрія

У зведеному аналізі даних окремих пацієнтів із 10 когортних і 14 досліджень із контролем випадків, який включав понад 14 000 випадків РЕ та понад 35 000 контрольної групи, імовірність РЕ 1 типу становила: 1,5- для НадМТ; 2,5 - для ожиріння I ступеня; 4,5 - для ожиріння II ступеня та 7,1- для ожиріння III ступеня. Для РЕ 2 типу ВР становив: 1,2 – для НадМТ; 1,7 – для ожиріння I ступеня; 2,2 – для ожиріння II ступеня та 3,1 – для ожиріння III ступеня. Вищий ІМТ пов'язаний із ризиком РЕ в молодому віці (<45 років) [5].

Рак молочних залоз

У метааналізі понад 1000 епідеміологічних досліджень ризику раку було показано, що жінки з більшим ІМТ мали вищий ризик раку молочної залози в постменопаузі (ВР 1,1 на 5 одиниць ІМТ; 95% ДІ 1,1-1,2), особливо естроген-позитивного раку молочної залози [6].

Рак яєчників

У систематичному огляді вказується на незначний взаємозв'язок високого ІМТ зі зростанням ризику раку яєчників: ВР 1,1 [6].

Стратегія профілактики

Баріатрична хірургія пов'язана зі зниженням частоти РЕ на 50-80%, за даними великих досліджень і метааналізу [7].

Баріатрична хірургія була пов'язана з меншим ризиком розвитку раку молочної залози в постменопаузі (ВР 0,58) та ризиком раку ендометрія (ВР 0,5) [8].

Джерела:

1. Steele CB, Thomas CC, Henley SJ, et al. Vital Signs: Trends in Incidence of Cancers Associated with Overweight and Obesity - United States, 2005-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; 66:1052.
2. Fang X, Wei J, He X, et al. Quantitative association between body mass index and the risk of cancer: A global Meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Cancer* 2018; 143:1595.
3. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, et al. Body fatness and cancer — viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 2016; 375: 794- 798.
4. Pearson-Stuttard J, Zhou B, Kontis V, Bentham J, Gunter MJ, Ezzati M. Worldwide burden of cancer attributable to diabetes and high body-mass index: a comparative risk assessment. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018; 6: e6- e15.
5. Setiawan VW, Yang HP, Pike MC, et al. Type I and II endometrial cancers: have they different risk factors? *J Clin Oncol* 2013; 31:2607.
6. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, et al. Body Fatness and Cancer--Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med* 2016; 375:794.

7. Zhang X, Rhoades J, Caan BJ, et al. Intentional weight loss, weight cycling, and endometrial cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer* 2019; 29:1361.
8. Schauer DP, Feigelson HS, Koebnick C, et al. Bariatric Surgery and the Risk of Cancer in a Large Multisite Cohort. *Ann Surg* 2019; 269:95.

Хірургічне лікування

Баріатрична хірургія може бути показана пацієнтам, які страждають від ожиріння і мають коморбідну патологію, що загрожує їх здоров'ю. Показання до баріатричної хірургії:

- ожиріння III ступеня (ІМТ ≥ 40 кг/м²);
- ожиріння II ступеня (ІМТ – 35-39,9 кг/м²) із важкими супутніми захворюваннями й метаболічними порушеннями (наприклад, АГ та ЦД 2 типу) за низької ефективності терапевтичних програм.

- хворі з ожирінням I ступеня (ІМТ – 30-34,9 кг/м²) із супутніми захворюваннями та метаболічними порушеннями;

- хворі з ожирінням II ступеня без супутніх захворювань і метаболічних порушень;

При формуванні показань до баріатричної операції враховуються не тільки наявність і ступінь вираженості соматичних супутніх захворювань і метаболічних порушень, а й психічні розлади (депресія, розлади харчової поведінки, пограничні розлади особистості тощо), пов'язані з ожирінням.

Протипоказання до баріатричної хірургії:

- загострення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (операція може виконуватися після курсу противиразкової терапії та підтвердження загоєння ерозій/виразок у результаті лікування);

- вагітність;

- онкологічні захворювання, тривалість ремісії яких після лікування становить менш як 5 років;

- психічні розлади: тяжкі депресії, психози (в тому числі хронічні), зловживання психоактивними речовинами (алкоголем, наркотичними й іншими психотропними речовинами), деякі види розладів особистості;

- захворювання, що загрожують життю найближчим часом, тяжкі незворотні зміни з боку життєво важливих органів (хронічна серцева недостатність III-IV функціонального класу, печінкова/ниркова недостатність тощо).

Джерело:

<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/13-Bariatric-Surgery-Surgical-Options-and-Outcomes-v6-with-links.pdf>

Дієтотерапія

Дієта зі зниженим вмістом калорій (Reduced Energy Diet, RED)

Метою дієти зі зниженим вмістом калорій є створення незначного дефіциту енергії у 2000-4000 кДж на добу (480-960 ккал на добу). Цього можна досягти, заохочуючи споживання овочів, фруктів, цільнозернових, бобових, горіхів, насіння, нежирного м'яса, птиці, риби, яєць, сиру та йогурту, а також шляхом мінімізації споживання перероблених і висококалорійних продуктів, як-от печиво, тістечка, кондитерські вироби, випічка, пироги, м'ясо, комерційні гамбургери, смажена їжа та чіпси. Слід уникати споживання підсолоджених цукром напоїв, як-от фруктові соки, газовані води, енергетичних і алкогольних напоїв. Перекуси варто звести до мінімуму, розміри порцій – зменшити. Докладний огляд раціону людини допоможе визначити оброблену й енергоємну їжу, яку можна замінити.

Дієта з низьким енергоспоживанням (Low Energy Diet, LED)

Метою дієти з низьким енергоспоживанням є зменшення загального добового споживання енергії до 4200-5000 кДж (1000-1200 ккал). Зазвичай для досягнення цього дефіциту енергії потрібна дієта, що приписується лікарем. Можна надати конкретні плани харчування чи рекомендувати готові страви з низьким енергоспоживанням. Дієти з низьким енергоспоживанням також можна досягти за допомогою заміни одного чи двох прийомів їжі на один або два спеціально розроблені заміники їжі. Особам, які безуспішно пробували дієти зі зниженим вмістом калорій і низьким енергоспоживанням, слід порадити дієту з дуже низьким енергоспоживанням.

Дієта з дуже низьким енергоспоживанням (Very Low Energy Diet, VLED): теорія та практика

Метою дієти з дуже низьким енергоспоживанням є зменшення споживання енергії до менш ніж 3300 кДж на добу (800 ккал на добу), замінюючи страви готовими заміниками їжі. Дієту з дуже низьким енергоспоживанням можна розглядати як початкову стратегію схуднення, коли контрольовані втручання в спосіб життя не мали успіху в зниженні МТ, або коли необхідна швидка втрата МТ (наприклад, до баріатричної чи загальної операції, що залежить від втрати МТ). Під час дотримання дієти з дуже низьким енергоспоживанням варто заохочувати фізичні навантаження. Дієта з дуже низьким енергоспоживанням має низький вміст вуглеводів; це спричиняє легкий кетоз через 2-3 дні, що має анорексичну дію. Слід окремо наголосити, що дієта з дуже низьким енергоспоживанням не містить фармакологічно активних інгредієнтів.

Такої дієти часто рекомендують дотримуватися протягом 12 тижнів, але вона може тривати 6-12 місяців під ретельним наглядом. Тривалість дієти з дуже низьким енергоспоживанням залежить від вихідної та цільової МТ людини. Необхідним є медичний нагляд.

Перед початком змін у дієті проводять аналізи крові, які необхідно контролювати що 4-6 тижнів. Пацієнти можуть дотримуватися часткового чи повного режиму дієти. Частковий режим є найпоширенішою програмою, полягає у двох замінних прийомах їжі на день (зазвичай сніданок і обід) й 1 порції нежирного білка, зазвичай на вечерю, з овочами. Варто додати чайну ложку оливкової олії, що допоможе індукувати скорочення жовчного міхура та зменшити ризик жовчнокам'яної хвороби. Вода, чай, кава та дієтичні напої дозволені. Слід уникати молока. Повний режим дієти базується на трьох замінних прийомах їжі на день з овочами. Вибір програми залежить від цільової МТ і здатності людини переносити дієту.

Середземноморська дієта: перелік продуктів

Свіжі овочі та фрукти; риба й морепродукти; бобові; листові зелені; горіхи; оливки й оливкова олія; вироби з цільнозернового борошна; цибуля, часник. М'ясо потрібно

споживати не частіше ніж 1-2 рази на тиждень. Бажано, щоб воно було нежирним (курка, індичка, телятина). Із молочних продуктів можна споживати йогурт і сир.

Таблиця 1. Короткий опис дієтичних втручань, які застосовуються для лікування ожиріння

Втручання	Наслідки/вплив		Переваги	Недоліки
	Здоров'я та ЯЖ	Зміни МТ		
Лікувальна дієтотерапія із ЗД	↓ 0,43% НbA _{1c} ↓ 2,16 см ОТ ↓ 4,06 мг/дл ХС ↓ 8,83 мг/дл ТГ ↓ 4,43 мг/дл ХС ЛПНЩ ↓ 7,90 мм рт. ст. САТ ↓ 2,60 мм рт. ст. ДАТ	↓ 1,03 кг для ЦД 2 типу ↓ 1,54 кг для профілактики ЦД 2 типу ↓ 2,72 кг	Допоміжна чи самостійна терапія для поліпшення кардіометаболічних результатів і втрати МТ	Доступ до ЗД, які пройшли навчання з питань ожиріння, може бути обмеженим; плата за послуги в приватній практиці
Інтенсивні втручання в спосіб життя	Захворюваність на ЦД 2 типу – 58% ↓ 0,22 НbA _{1c} ↓ 1,9 мм рт. ст. САТ ↑ 1,2 мг/дл ХС ЛПВЩ ↓ ССЗ та загальної смертності ↑ ремісії ЦД 2 типу ↓ частоти нефропатії ↓ частоти обструктивного апное уві сні ↓ депресії	↓ 8,6% через 1 рік ↓ 6% через 13,5 років	Мультимодальний підхід з інтенсивним консультуванням і стратегіями надає підтримку людям у довгостроковій зміні поведінки та сприяє успішним результатам	Потрібні значні ресурси для різних галузей охорони здоров'я
<i>Дієтичні підходи</i>				
Обмеження калорій	↓ АТ, ліпідів, глюкози ↓ щільності кісток ↓ м'язової сили ↓ рівня базального метаболізму		Велика початкова втрата МТ	Важко підтримувати, очікуваний приріст ваги, тривала втрата МТ <5%
Зниження вуглеводів		↓ 8 кг за 6 місяців ↓ 6-7 кг за 1 рік		
Дієтичні волокна (25-29 г)	Більше споживання: ↓ смертності від ССЗ на 15-30% ↓ частоти ІХС, інсульту ↓ ЦД 2 типу ↓ САТ ↓ ХС	Більше споживання: ↓ МТ	Добавки клітковини можуть допомогти в короткостроковій втраті МТ	

Низькокалорійні підсолоджувачі	Можуть ↓ МТ і частоту серцево-метаболических хвороб		Як заміна цукру (наприклад, SSB) може допомогти ↓ МТ [31]	Рандомізовані контрольовані дослідження не підтримують використання для лікування ожиріння
Більший уміст білка (25-40% калорій із білка) без обмеження калорій	↓ ТГ (-0,60 ммоль/л) за умови відношення вуглеводів до білків 1,5:1 ↓ ХС, ХС ЛПНЩ Відсутність змін (з або без вправ) щодо ХС ЛПВЩ, рівнів глюкози й інсуліну крові натще	↓ 0,39 кг МТ ↓ 0,44 кг МЖ	Збільшує ситість Жінки з метаболічним синдромом мали ↓ МТ, ↓ МЖ на цій дієті порівняно з дієтою з низьким умістом жиру та високим умістом вуглеводів	Відсутність відмінностей в інших ліпідах і м'язовій масі, показники стирання – 30-40%
Збільшення білка (1,1 г/кг або 30% білків) з обмеженням калорій	Короткотривале (12±9,3 тижня): ↓ ТГ	30% уживання білка: відсутність різниці у втраті МТ, ↑ м'язової маси ↓ МТ Уживання білка 1,1 г/кг: короткотривале (12±9,3 тижня): ↓ МТ, ↓ МЖ, менше ↓ МТ, вільної від жиру	Більша ситість	Короткотривале (12±9,3 тижня) Обмежені дані щодо впливів на здоров'я
Добавка сироваткового білка (20-75 г на день, 2 тижні – 15 місяців)	↓ факторів ризику ССЗ (САТ і ДАТ, ХС ЛПВЩ, загальний холестерин, глюкоза)	↓ МТ, ↓ МЖ ↓ МТ без жиру	Користь спостерігається за умов обмеження калорій або без нього	Відсутність доказів для вказівки щодо дози чи тривалості використання
Збільшення білка для заміщення інших макронутрієнтів	Часткове заміщення вуглеводів ↓ ОТ впродовж 5 років. Часткове заміщення жирів Відсутність ефекту	Відсутність ефекту на довготривалі результати щодо МТ		
Нижчий уміст жирів		↓ 8 кг через 6 місяців ↓ 6-7 кг через 1 рік		

Середземноморська дієта	↓ HbA _{1c} на 0,45 ↓ ТГ на 0,21 ммоль/л ↑ ХС ЛПВЩ на 0,07 ммоль/л ↓ серцево-судинних подій ↓ ризику ЦД 2 типу на 52% ↑ регресії метаболічного синдрому	Малий вплив на МТ або ОТ		
Вегетаріанська дієта	↓ HbA _{1c} на 29% ↓ ХС ЛПНЩ на 0,12 ммоль/л ↓ ХС не-ЛПВЩ на 0,13 ммоль/л ↓ частоти ЦД 2 типу (відношення шансів 0,726) [45] ↓ частоти ІХС (КР 0,72) [40] ↓ смертності від ІХС	↓ 2,15 кг за менш як 6 місяців		Ризик дефіциту вітамінів/мінералів (залізо, кальцій, цинк, вітамін В ₁₂ , вітамін D)
Портфоліо	↓ ХС ЛПНЩ на 17% ↓ апо-В на 15% ↓ ХС не-ЛПВЩ на 14% ↓ СРП на 32% ↓ САТ на 1% ↓ 10-річного ризику ІХС на 13%	Без змін		Люди можуть вважати її складною для досягнення рекомендованих цілей щодо їжі [#]
Низький глікемічний індекс	↑ ХС ЛПВЩ ↓ ризику ЦД ↓ частоти ІХС	↓ 2,5 кг через 18 місяців		
Дієтичний підхід для припинення гіпертензії (DASH)	↓ СРП на 1,01 ↓ ХС ЛПНЩ на 0,20 ммоль/л ↓ HbA _{1c} на 0,53% ↓ ризику ЦД 2 типу ↓ ризику ССЗ ↓ ризику ІХС ↓ ризику інсульту	↓ 1,42 кг, ↓ ОТ 1,05 см через 24 тижні		
Часткове заміщення їжі*	↓ ГКН при ЦД ↑ ЯЖ ↓ САТ на 4,97 мм рт. ст. ↓ ДАТ на 1,98 мм рт. ст. ↓ HbA _{1c} на 0,45% через 24 тижні	↓ 2,37 кг, ↓ ОТ 2,24 см через 24 тижні	Значна початкова втрата МТ	Повторний набір МТ, втрата МТ за 3 роки <5%
Переривчасте голодування		↓ 0,61 кг через 24 тижні		

<i>Підходи, що ґрунтуються на їжі</i>				
Бобові	↓ ГКН на 0,82 ↓ ХС ЛПНЩ на 0,17 ммоль/л ↓ САТ на 2,25 мм рт. ст. ↓ ризику ІХС	↓ 0,34 кг через 6 тижнів		
Фрукти й овочі	↓ ДАТ на 0,29 мм рт. ст. ↓ НbA _{1c} на 5,7% ↓ ризику ЦД 2 типу на 42% ↓ серцево-судинної смертності			
Горіхи	↓ НbA _{1c} на 0,07% ↓ ГКН на 0,15 ммоль/л ↓ ХС ЛПНЩ на 7,4% ↓ ризику ІХС			
Цільні злаки	↓ ХС на 0,12 ммоль/л ↓ ХС ЛПНЩ на 0,09 ммоль/л			
Молочні продукти з обмеженням калорій	↓ ризику ЦД 2 типу на 42%	↓ 0,64 кг початкової МТ ↓ 2,18 см ОТ ↓ 0,56 кг МЖ ↑ 0,43 кг МТ без жиру		
<i>Недієтичні підходи</i>				
Здоров'я в кожному розмірі (НАЕС®)	↓ ХС ЛПНЩ ↑ сприйняття образу тіла ↑ оцінки ЯЖ (депресія) ↑ за шкалою харчової поведінки ↓ голоду ↑ аеробної активності	Відсутність змін щодо ІМТ або МТ	↓ упередженості щодо МТ	Докази обмежені жінками з ІМТ >25 або невіпорядкованими схемами харчування
Уважне харчування	↓ 3,1 мг/дл (0,2 ммоль/л) ГКН, запобігання підвищенню ГКН із часом	↓ 3,3% МТ після лікування ↑ 3,5% МТ під час спостереження ↓ 4,2-5,0 кг (4,3-5,1%)	↓ вживання солодкої їжі	Відсутність послідовності перевірених інструментів уважності

		середньої МТ через 18 місяців		
--	--	----------------------------------	--	--

Примітки. * Зазвичай поєднуються з широкою підтримкою змін поведінки. # Дієтичний режим «Портфоліо» – від 1 до 3 г на добу рослинних стеролів (що містяться в маргарині, добавках), від 15 до 25 г на добу в'язкої клітковини (дієтичні волокна, що утворюють гель, як-от овес, ячмінь, псиліум, бобові, баклажани, бамія), від 35 до 50 г на добу рослинного білка (наприклад, із сої та бобових) і від 25 до 50 г на добу горіхів (включаючи горіхи з дерев та арахіс).

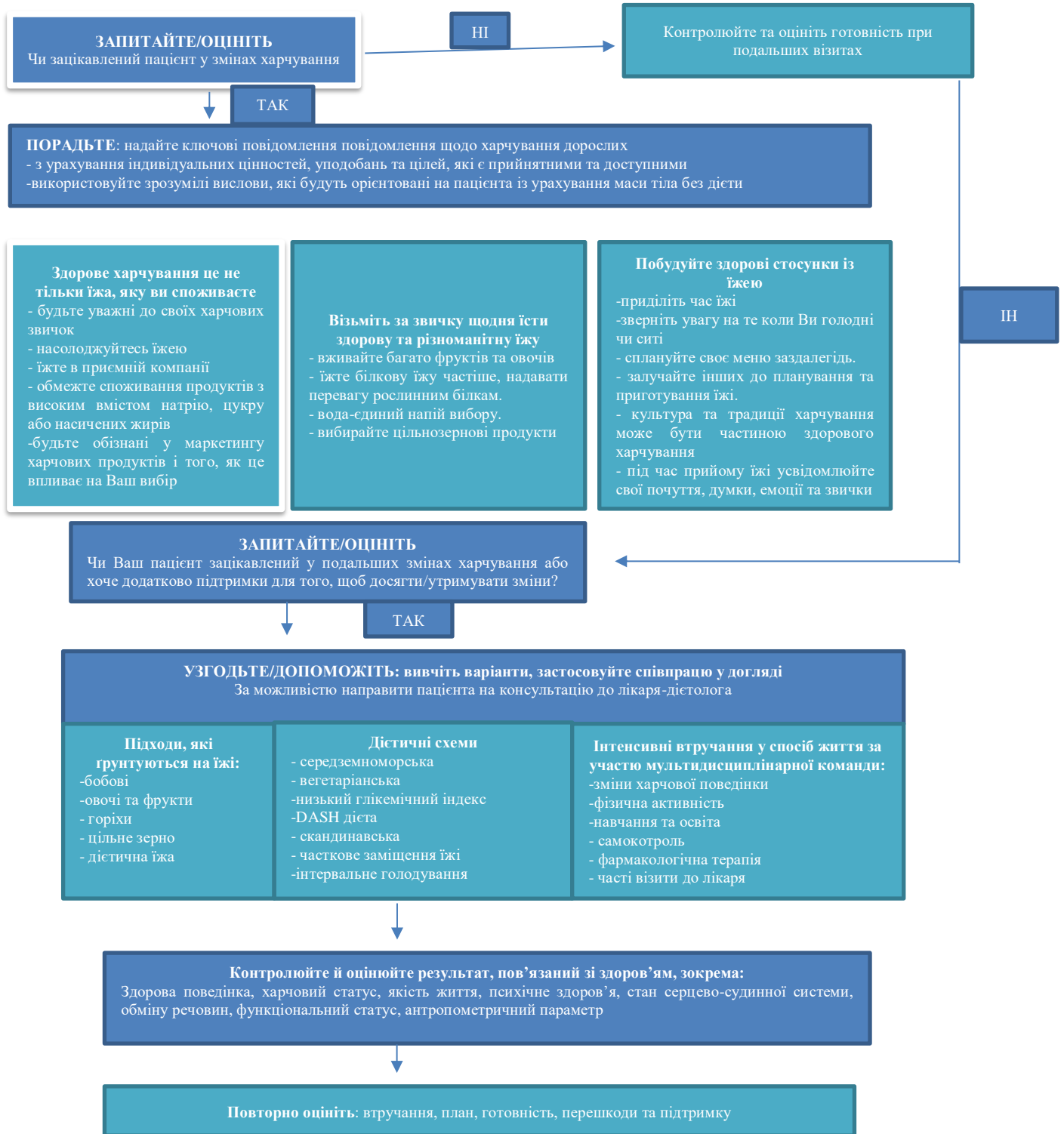
Таблиця 2. Показники стану здоров'я для оцінки дієтичних втручань

Покращення здоров'я	Показник стану здоров'я	Приклади
Когнітивні покращення	Пам'ять, концентрація уваги, вирішення проблем, гігієна сну	Попросіть пацієнта оцінити кожен із цих наслідків для здоров'я за шкалою від 0 до 10, де 0 – погано, а 10 – добре: • рівень енергії • стрес • гігієна сну • мобільність • сила • біль • здоров'я кишківника • настрої • відносини з їжею • голод • потяг (жадоба) • загальний стан здоров'я
Функціональні покращення	Сила, гнучкість, рухливість, координація, фізична активність, витривалість, біль	
Медичні покращення	Кардіометаболічні, ендокринні, шлунково-кишкові, догляд за ранами, дефіцит поживних речовин, зміни лікарських засобів	
Покращення складу тіла	Жир у тілі, м'язова маса, здоров'я кісток, ОТ	
Покращення, пов'язані з апетитом	Голод, ситість, потяг до їжі, смакові якості їжі	

Таблиця 3. Показники стану здоров'я для оцінки дієтичних втручань

Мікронутрієнти	Скринінг ризику дефіциту	Взаємодії ліків і нутрієнтів
Вітамін D	1. НадМТ (вміст жиру в тілі) 2. Медичні стани, пов'язані з порушенням всмоктування жирів: • хвороба Крона • виразковий коліт • целиакія • захворювання печінки • муковісцидоз • синдром короткої кишки 3. Попередня бариатрична хірургія (RYGB, SG, BPD, DS) 4. Низьке споживання продуктів, багатих на кальцій 5. Обмежений вплив сонячного світла (робота в нічні зміни, носіння одягу з довгими рукавами, проживання в північному кліматі) 6. Темніша пігментація шкіри	• Кортикостероїди • Орлістат • Холестирамін • Фенобарбітал • Фенітоїн
Вітамін B ₁₂	1. НадМТ 2. Медичні стани: • запальні захворювання кишківника (хвороба Крона, виразковий коліт) • ЦД 2 типу (тривале застосування метформіну) • гастроезофагеальна рефлюксна хвороба • позитивний <i>Helicobacter pylori</i> • Перніціозна анемія • Алкоголізм 3. Обмежувальний режим харчування: • вегетаріанські схеми харчування • дієта зі значним обмеженням калорій (VLCD) / замітники їжі • зменшити споживання вуглеводів 4. Попередня бариатрична хірургія (LAGB, RYGB, SG, BPD, DS)	• Метформін • Інгібітори протонної помпи
Залізо	1. НадМТ 2. Медичні стани: • хвороба Крона • виразковий коліт • целиакія • захворювання печінки • пептичні виразки • хронічна хвороба нирок 3. Обмежувальний режим харчування: • вегетаріанські схеми харчування • низьке споживання білка • VLCD / замітники їжі 4. Часті донори крові 5. Крововтрата (менструація, кровотеча зі шлунково-кишкового тракту) 6. Попередня бариатрична хірургія (LAGB, RYGB, SG, BPD, DS)	• Взаємодія з кальцієм, поліфенолами (кава/чай) • Надмірне споживання цинку (пастилки) • Нестероїдні протизапальні засоби • Інгібітори протонної помпи • H ₂ -блокатори

Алгоритм лікувального харчування при веденні ожиріння



Таблиця 4. Короткий огляд клінічних результатів застосування дієтичних втручань

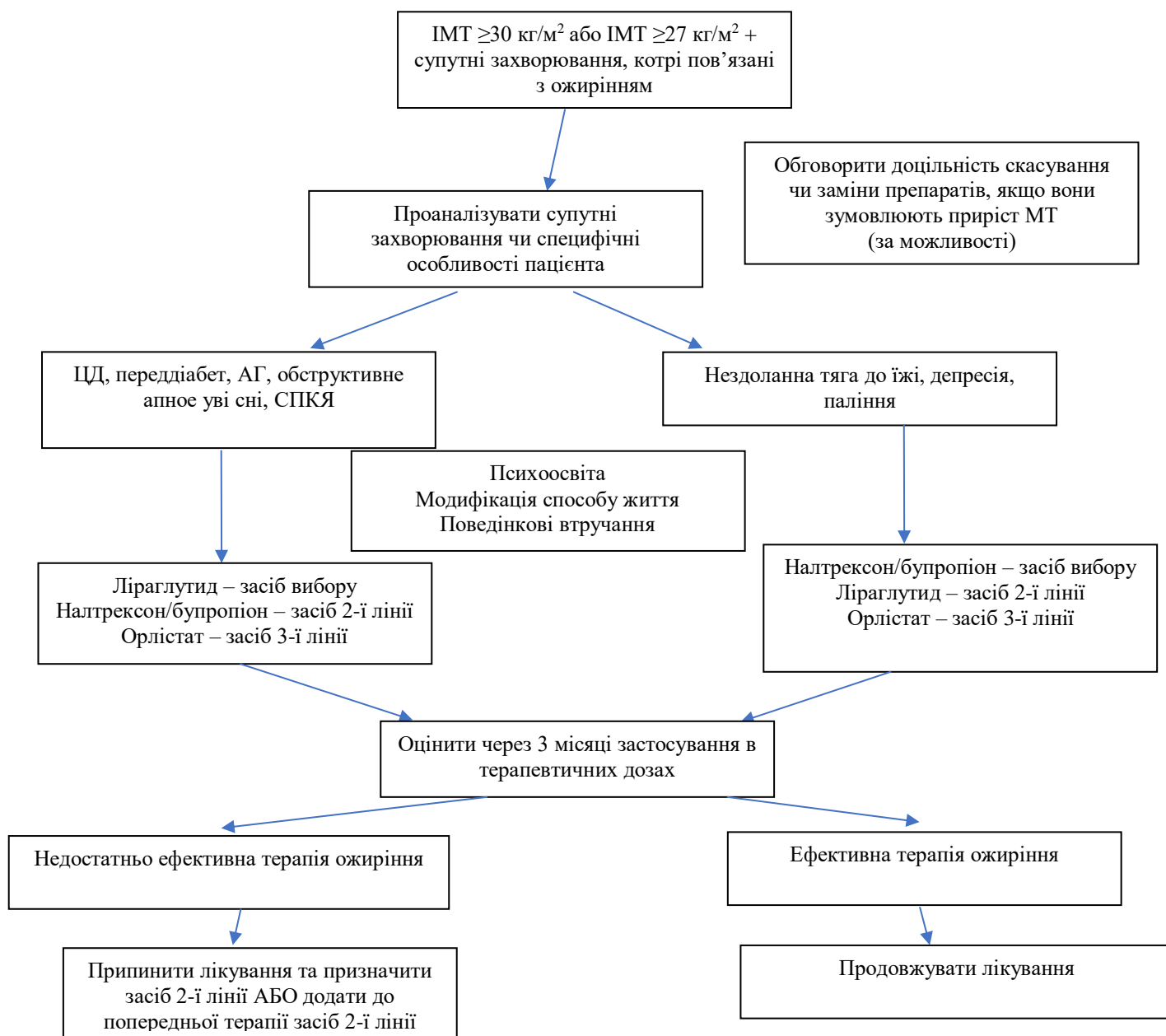
	Голод, ситість	АТ	Ліпіди крові	МТ	ОТ	Будова тіла	Захворюваність і смертність від ССЗ/ІХС	Ризик ССЗ	Контроль глікемії	Ризик ЦД 2 типу	Метаболічний синдром	ЯЖ	Депресія
Медична харчова терапія (ЗД)	■	■	■	■	■				■				
Інтенсивні втручання в спосіб життя	НР	■	■	■			■		■		■		
Обмеження калорій		■	■	■		■			■	■			
Нижчий уміст вуглеводів				■									
Дієтичні волокна (25-29 мг)		■	■	■		■	■		■				
Низькокалорійні підсолоджувачі				■			■						
Збільшення білка (25-40%)	■		■	■		■							
Збільшення білка + обмеження калорій			■	■		■							
Добавка сироваткового білка		■	■	■		■			■				
Заміщення жирів або вуглеводів білками					■								
Нижчий уміст жиру				■									
Середземноморська дієта			■				■		■	■	■		

Вегетаріанська дієта			■	■			■		■	■			
Портфоліо		■	■				■						
Низький глікемічний індекс			■	■			■			■			
Дієта DASH			■	■	■		■		■	■			
Заміщення їжі		■		■					■			■	
Переривчасте голодування				■									
Бобові		■	■					■	■				
Овочі та фрукти		■					■		■	■			
Горіхи			■				■		■				
Цільні злаки			■										
Молочні продукти				■	■	■				■			
NAES®	■		■									■	■
Підходи, що ґрунтуються на уважності				■					■				

Джерело:

<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/11/8-Medical-Nutrition-Therapy-v5-with-links.pdf>

Алгоритм вибору терапії ожиріння



Таблиця 1. Алгоритм ведення пацієнта з НадМТ або ожирінням

Діагностика НадМТ або ожиріння	Завжди ініціюйте модифікацію способу життя в пацієнтів із НадМТ або ожирінням
<ul style="list-style-type: none"> Визначення ІМТ щорічно. Переконайтеся, що підвищений ІМТ свідчить про надлишок жирової тканини шляхом оцінки віку, статі, стану м'язів, водного статусу, наявності набряків або накопичення рідини, великих пухлин, саркопенії 	<p><u>Самоконтроль МТ щодня – основа стабільного зниження! Ведення щоденників самоконтролю!</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> ОТ при ІМТ <35 кг/м², додаткова інформація щодо кардіометаболічного ризику, оцінка з урахуванням статі й етнічності або оцінка вісцерального жиру за допомогою методу імпедансометрії 	<p>Зниження споживання калорій до 1500 ккал на добу. Наприклад: 3-разовий режим харчування, <u>за бажання – легкий перекус</u>. Перерви між основними прийомами їжі мають становити 3-4 години! Між прийомами дозволяється тільки проста вода! ВАЖЛИВО: тривалість прийняття їжі має становити НЕ менш як 20 хвилин! Порції їжі НЕ мають перевищувати 350 г за один прийом</p>
<ul style="list-style-type: none"> Оцінка причин збільшення МТ (первинні, вторинні) 	
<ul style="list-style-type: none"> Об'єктивний огляд 	
<ul style="list-style-type: none"> Історія набору МТ: вік виникнення; темпи збільшення; історія застосування дієт; спроби та результати зниження МТ, спосіб життя, харчові звички, фізична активність 	<p>Збільшення фізичної активності за рахунок додаткової ходьби щонайменше 30 хвилин на день під контролем крокоміру. Фізичне навантаження має виконуватися протягом ≥ 30 хвилин 5-7 днів на тиждень, щоб запобігти збільшенню маси тіла та поліпшити показники серцево-судинної системи в пацієнтів із нормальною МТ середнього віку. Пацієнтам з ожирінням необхідні вищі рівні активності – від 60 хвилин на день 7 днів на тиждень</p>
<ul style="list-style-type: none"> Оцінка факторів серцево-судинного ризику: АГ, дисліпідемія, особливо ЛПВЩ, порушення глюкози натще чи ЦД (понад 80% випадків діабету можна віднести також до ожиріння), інсулінорезистентність із гіперінсулінемією при ожирінні, обструктивне апное уві сні, куріння 	
<ul style="list-style-type: none"> Хвороби, що супроводжують НадМТ або ожиріння 	
<ul style="list-style-type: none"> Тестування на рівень тривоги чи депресії 	
<ul style="list-style-type: none"> Консультації фахівців за потреби: ендокринолог (якщо є ознаки ендокринного захворювання) та психіатр або психотерапевт 	

Таблиця 2. Коли починати медикаментозну терапію для зниження МТ

Ініціювати модифікацію способу життя	Ініціювати медикаментозну терапію для зниження маси тіла на додачу до модифікації способу життя
1. Відсутність ускладнень. У пацієнтів із НадМТ або ожирінням, які не мають клінічно значущих ускладнень, пов'язаних із надлишковою жировою МТ (вторинна профілактика)	1. Відсутність результатів від модифікації способу життя. Необхідно додати медикаментозну терапію пацієнтам із прогресивним збільшенням МТ або тим, хто не зміг досягти зменшення тяжкості пов'язаних із ускладнень, що пов'язані з НадМТ й ожирінням
2. Легкі та помірні ускладнення. Пацієнти з легкими та помірними ускладненнями, пов'язаними з МТ, коли модифікація способу життя, ймовірно, може забезпечити достатню для пом'якшення ускладнень втрату МТ (третина профілактика). У таких пацієнтів на розсуд лікаря може бути відразу ініційована медикаментозна терапія для зниження МТ	2. Відновлення МТ на тлі модифікації способу життя. Додати медикаментозну терапію пацієнтам із НадМТ (ІМТ – 27-29,9 кг/м ²) або ожирінням, у яких після першого успіху зі зниження МТ за допомогою модифікації способу життя МТ знову збільшилася
	3. Наявність ускладнень, пов'язаних із МТ. Ініціювати медикаментозну терапію одночасно з модифікацією способу життя в пацієнтів із НадМТ або ожирінням, які мають пов'язані з НадМТ ускладнення, особливо тяжкі, з метою досягнення зниження МТ, достатньої для пом'якшення ускладнень (третинна профілактика)

Таблиця 3. Алгоритм ведення пацієнтів із надлишковою масою тіла або ожирінням

Звернення пацієнта	Позитивний результат скринінгу на наявність надлишкової маси тіла або ожиріння: ІМТ \geq 25 кг/м ²	Наявність хвороб або ускладнень, що пов'язані із надлишковою масою тіла або ожирінням, на протікання яких можна вплинути за допомогою зниження маси тіла
Д І А Г Н О	Обстеження	-Анамнез, -Фізикальне обстеження, -Лабораторні аналізи, - Виявлення ускладнень, пов'язаних із масою тіла
	Антропометричний діагноз	- Анамнез ожиріння: динаміка маси тіла в залежності від віку, способу життя, попередніх втручань - Переконайтесь, що підвищення ІМТ відображає надлишку жирової тканини - Виміряйте окружності талії, щоб оцінити кардіометаболічний ризик

3	ІМТ кг/м ²			
	Клінічний діагноз	<25 Здорова маса тіла Окружність талії менше регіональної/етнічної верхньої межі норми	25-29,9 надлишкова маси тіла і ≥30 ожиріння	
Наявність ускладнень, пов'язаних з ожирінням				
Діагностичні категорії	Здорова маса тіла (немає ожиріння)	Відсутність	Легкі та помірні	Важкі
		Стадія 0	Стадія 1	Стадія 2
		Відсутні ускладнення	Одне чи більше ускладнень від легкої до середньої ступені важкості, на які можна впливати за допомогою помірному зниження маси тіла	Як мінімум одне серйозне ускладнення або ускладнення, що вимагає більш агресивного зниження маси тіла для ефективного лікування
Лікування на базі клінічної оцінки	- план здорового харчування - фізична активність - формування здорового ставлення до здоров'я	ІМТ – 25-29,9 Або ≥30	ІМТ≥25	ІМТ≥25
		- модифікація способу життя/поведінкова терапія	- модифікація способу життя/поведінкова терапія	- модифікація способу життя/поведінкова терапія
		- розглянути фармакотерапію, якщо модифікація способу життя є недостатньо ефективною	- розглянути фармакотерапію (ІМТ≥27)	- розглянути фармакотерапію (ІМТ≥27) - розглянути бариатричну хірургію (ІМТ≥35)
Спостереження	<p>Після досягнення плато у зниженні маси тіла необхідно повторно оцінити укладення, пов'язані з зайвою масою тіла. Якщо цільових показників контролю не досягнуто, тоді терапію, спрямовану на зниження маси тіла, потрібно посилити або потрібно використовувати конкретні заходи впливу на ускладнення.</p> <p>- Ожиріння є хронічним захворюванням, і діагностична категорія не може бути статичною, тому пацієнти потребують постійного спостереження, переоцінки та тривалого лікування</p>			

Таблиця 4. Фармакотерапія ожиріння

Характеристика	Орлістат	Ліраглутид	Налтрексон/бу пропіон
Шлях уведення	Пероральний	Підшкірний	Пероральний
Доза / частота призначення	120 мг 3 рази на добу	3,0 мг на добу	16/180 мг 2 рази на добу
Відносна (%) плацебо-відрахована втрата МТ через 1 рік лікування	-2,9%	-5,4%	-4,8%
Плацебо-відрахована втрата МТ на тлі тривалішого лікування	-2,8 кг через 4 роки	-4,2% через 3 роки	Не досліджено
Частка пацієнтів, які втратили $\geq 5\%$ МТ через 1 рік лікування	54% (проти 33% у групі плацебо)	63,2% (проти 27,1% у групі плацебо)	48% (проти 16% у групі плацебо)
Частка пацієнтів, які втратили $\geq 10\%$ МТ через 1 рік лікування	26% (проти 14% у групі плацебо)	33,1% (проти 10,6% у групі плацебо)	25% (проти 7% у групі плацебо)
Вплив на здатність підтримувати попередньо втрачену МТ	На 2,4 кг менший набір МТ порівняно з плацебо через 3 роки терапії	-6,0% додаткової плацебо-відрахованої втрати МТ через 1 рік терапії	Не досліджено
Вплив на переддіабет	Зменшення ризику розвитку ЦД 2 типу на 37,3% через 4 роки терапії	Зменшення ризику розвитку ЦД 2 типу на 79% через 3 роки терапії	Не досліджено
Вплив (плацебо-відрахований) на АТ через 1 рік лікування	-1,9 мм рт. ст. (САТ) -1,5 мм рт. ст. (ДАТ)	-2,8 мм рт. ст. (САТ) -0,9 мм рт. ст. (ДАТ)	+1,8 мм рт. ст. (САТ) +0,9 мм рт. ст. (ДАТ)
Вплив (плацебо-відрахований) на ліпідний профіль через 1 рік лікування	-0,27 ммоль/л (загальний ХС) -0,21 ммоль/л (ХС ЛПНЩ) -0,02 ммоль/л (ХС ЛПВЩ) -0,00 ммоль/л (ТГ)	-2,3% (загальний ХС) -2,4% (ХС ЛПНЩ) +1,9% (ХС ЛПВЩ) -3,9% (ХС не-ЛПВЩ) -9,3% (ТГ)	-1,5% (ХС ЛПНЩ) +7,2% (ХС ЛПВЩ) -9,6% (ТГ)
Вплив (плацебо-відрахований) на частоту серцевого ритму через 1 рік лікування	Змін немає	+2,4 уд./хв	+1,1 уд./хв
Вплив (плацебо-відрахований) на HbA_{1c} у хворих на ЦД через 1 рік лікування	-0,4%	-1,0%	-0,5%
Вплив на перебіг НАСГ	Поліпшення немає	Поліпшення	Не досліджено

Вплив на перебіг СПКЯ	Не досліджено	Плацебо-відрахована втрата МТ на -5,2 кг через 6 місяців лікування; даних щодо впливу на регулярність менструального циклу немає	Не досліджено
Вплив на перебіг остеоартриту	Не досліджено	Не досліджено	Не досліджено
Вплив на перебіг обструктивного апное уві сні	Не досліджено	Зменшення епізодів апное/гіпноное на 6 на годину	Не досліджено
Протипоказання	Холестаза, синдром хронічної мальабсорбції, вагітність	Панкреатит в анамнезі, медулярний рак щитоподібної залози в минулому чи в родинному анамнезі, синдром множинної ендокринної неоплазії 2 типу в минулому, вагітність	Неконтрольована АГ, прийом опіоїдів, судоми в минулому чи наявність чинників ризику судом, раптова відмова від алкоголю, супутній прийом іМАО, тяжке ураження печінки, кінцева стадія ниркової недостатності, вагітність
Часті побічні ефекти	М'які, жирні випорожнення, метеоризм	Нудота, закреп, діарея, блювання	Нудота, закреп, головний біль, сухий рот, запаморочення, діарея
Рідкісні побічні ефекти	Печінкова недостатність, нефролітіаз, гостре ниркове ураження	Панкреатит, холелітіаз	Судоми, погіршення депресії
Взаємодія з іншими лікарськими засобами	Жиророзчинні вітаміни, левотироксин, циклоспорин, пероральні	Може змінювати всмоктування медикаментів унаслідок того, що гальмує	Наявна

	антикоагулянти, протисудомні	спорожнення шлунка	
--	---------------------------------	-----------------------	--

HbA_{1c} – глікозильований гемоглобін; АГ – артеріальна гіпертензія; АТ – артеріальний тиск; іМАО – інгібітори моноаміноксидази; ЛПВЩ – ліпопротеїни високої щільності; ЛПНЩ – ліпопротеїни низької щільності; ТГ – тригліцериди; ХС – холестерин; ЦД – цукровий діабет; ЧСР – частота серцевого ритму.

Джерело:

https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2022/10/Pharmacotherapy-CPG-2022_final.pdf

Інформація для пацієнта

1. Ожиріння є епідемією, що призводить до зниження якості та тривалості життя.

• Ожиріння – це надлишок вмісту жиру в організмі. Визначається за допомогою ІМТ, який розраховується на основі показників зросту та МТ. $ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст}^2 (\text{м}^2)$.

• $ІМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$ означає, що ви страждаєте на ожиріння.
• $ІМТ$ від 25 до 29,9 кг/м^2 визначають як НадМТ – це стан, який передуює розвитку ожиріння та перебуває на межі норми та захворювання.

• Ожиріння призводить до багатьох інших проблеми зі здоров'ям, включаючи хвороби серця, інсульт, ЦД та деякі види раку.

• Також ожиріння може спричинити проблеми під час вагітності або ускладнювати здатність жінки завагітніти.

2. Що зумовлює цю епідемію?

• Збільшення МТ відбувається, коли люди споживають багато їжі й отримують мало фізичних навантажень.

• Сучасні зміни в житті суспільства супроводжуються зростанням поширеності ожиріння.

• Люди мають різний характер харчування.

• У нашому раціоні занадто багато цукру: 6 із 10 дорослих п'ють принаймні 1 напій зі вмістом цукру на день.

• Часто простіше й дешевше отримати менш корисні їжу та напої.

• Продукти з високим вмістом цукру, жиру та солі частіше рекламуються та продаються.

• Нині життя багатьох людей побудовано так, що складно бути фізично активним.

3. Що можна зробити? Сприяти змінам

Ожиріння – складна проблема, що потребує дій на багатьох рівнях, як у дорослих, так і в дітей.

• Споживайте більше фруктів та овочів і менше їжі з високим вмістом жиру та цукру.

• Будьте більш фізично активні.

• Якщо ви жінка, котра нещодавно народила, годуйте дитину груддю; це матиме позитивний вплив як на вас, так і на дитину.

• Пийте більше води замість солодких напоїв.

• Обмежте перегляд телевізора в дітей до ≤ 2 годин на день.

Рекомендації щодо профілактики НадМТ або ожиріння

Запобігти чи відстрочити виникнення НадМТ або ожиріння простіше, ніж знижувати вагу при вже наявній проблемі.

• Причини набору МТ різноманітні та включають фактори, що піддаються контролю, як-от харчування, фізична активність, і фактори, котрі неможливо контролювати.

• Ожиріння може розвиватися з невеликого збільшення МТ протягом тривалого часу, рідше – зі швидких сплесків набору МТ.

• Середній приріст МТ в Україні становить 0,5-1,0 кг на рік.

• Люди схильні до збільшення МТ протягом певного періоду життя, а саме: підлітковий вік, молодий зрілий вік та/або вагітність.

• Звертайтеся по допомогу до сімейного лікаря, навіть якщо у вас спостерігався помірний приріст МТ.

- Регулярне зважування під час медичних консультацій може допомогти визначити фактори, що спричиняють ранній набір ваги.

Топ-7 правил здорової харчової поведінки, які мають стати способом життя

- Зосереджуйтеся на споживанні їжі. Якщо ви працюєте за комп'ютером, дивитися телевизор, читаете чи займаєтесь іншими справами, це часто призводить до надмірного споживання харчів, зокрема нездорових. Тимчасово припиніть робити інші справи та приділіть усю увагу їжі.

- Намагайтеся вживати їжу тільки за обіднім столом, уникайте споживання продуктів у ліжку, транспорті, перед комп'ютером тощо.

- Швидкість їди істотно впливає на кількість спожитого, повноцінність насичення та відчуття голоду. Треба їсти повільно, витрачаючи 20-30 хвилин на основний прийом їжі та 10-20 хвилин – на перекуси.

- Зробіть спільне споживання страв правилом вашої сім'ї. Це найкраща можливість виховувати здорові харчові звички в дітей, онуків і всіх інших членів родини. Крім того, кожен сніданок, обід і вечеря в сімейному колі – важливий крок до зміцнення зв'язків між членами родини.

- Не тримайте вдома некорисні продукти, це значно зменшить ймовірність їх споживання.

- Уникайте вживання страв і снєків, якщо не відчуваєте голоду. Не плутайте емоції з голодом. Випийте спочатку склянку води, почекайте 10-15 хвилин, і ви зрозумієте, чи справді хочете їсти.

- Коли є нестерпне бажання щось з'їсти, почніть із маленького шматочка. Якщо це шоколад – відкусіть один квадратик і посмакуйте його. Спробуйте зупинитися й уникнути споживання великої кількості об'єкта вашого бажання.

Щоденна фізична активність

18-64 роки

Для дорослих цієї вікової групи фізична активність включає відпочинкову фізичну активність або таку, що є способом проведення вільного часу, пересування (ходіння пішки чи користування велосипедом), професійну (тобто працю), виконання домашньої роботи, ігри, спорт або організовані фізичні вправи в контексті щоденних занять у сім'ї та громаді. Для поліпшення тренуваності серцево-дихальної системи та м'язів, здоров'я кісток і зниження ризику розвитку неінфекційних захворювань і депресії, рекомендують такі заходи.

1. Щонайменше 150 хвилин аеробної фізичної активності помірної інтенсивності протягом тижня, або 75 хвилин аеробної фізичної активності високої інтенсивності протягом тижня, або еквівалентне поєднання фізичної активності помірної та високої інтенсивності.

2. Аеробна активність має виконуватися в підходах тривалістю щонайменше 10 хвилин.

3. Із метою додаткових переваг для здоров'я дорослі повинні або збільшити аеробну фізичну активність помірної інтенсивності до 300 хвилин на тиждень, або займатися аеробною фізичною активністю високої інтенсивності 150 хвилин на тиждень, або мати еквівалентне поєднання фізичної активності помірної та високої інтенсивності.

4. Вправи, що зміцнюють м'язи, мають виконуватися з навантаженням на основні групи м'язів ≥ 2 днів на тиждень.

≥ 65 років

Для дорослих цієї вікової групи фізична активність охоплює відпочинкову фізичну активність або активне проведення вільного часу, пересування (ходіння пішки чи користування велосипедом), професійну (якщо особа ще працює), виконання домашньої

роботи, ігри, спорт або плановані вправи в контексті щоденних занять у сім'ї та громаді. Для поліпшення кардіореспіраторної тренуваності та тренуваності м'язів, здоров'я кісток і функціонального здоров'я, а також для зниження ризику розвитку неінфекційних захворювань і депресії та погіршення когнітивної функції, рекомендують такі заходи.

1. Щонайменше 150 хвилин аеробної фізичної активності помірної інтенсивності протягом тижня, або 75 хвилин аеробної фізичної активності високої інтенсивності протягом тижня, або еквівалентне поєднання фізичної активності помірної та високої інтенсивності.

2. Аеробну активність потрібно виконувати в підходах тривалістю щонайменше 10 хвилин.

3. Із метою додаткових переваг для здоров'я дорослі віком понад 65 років повинні збільшити аеробну фізичну активність помірної інтенсивності до 300 хвилин на тиждень, або займатися аеробною фізичною активністю високої інтенсивності 150 хвилин на тиждень, або мати еквівалентне поєднання фізичної активності помірної та високої інтенсивності.

4. Дорослі цієї вікової групи зі зниженою рухливістю повинні мати фізичну активність для покращення координації та запобігання падінням ≥ 3 разів на тиждень.

5. Вправи, що зміцнюють м'язи, мають виконуватися з навантаженням на основні групи м'язів ≥ 2 днів на тиждень.

6. Якщо дорослі цієї вікової групи не можуть виконувати рекомендованої кількості фізичних навантажень через стан здоров'я, їм слід бути настільки фізично активними, наскільки дозволяють їхні можливості.

Загалом у всіх вікових групах очікувана користь від застосування вищенаведених рекомендацій і підтримування фізичної активності переважає можливу шкоду. За дотримання рекомендованого рівня в 150 хвилин помірної фізичної активності на тиждень можлива кількість травм опорно-рухового апарату видається незначною. Варто заохочувати помірне навантаження на початку занять із поступовим прогресуванням до вищих рівнів фізичної активності, щоби зменшити ризик травм опорно-рухового апарату, зважаючи на індивідуальні особливості людини.

Самоконтроль маси тіла кожного дня - основа стабільного зниження!

Ведення щоденників самоконтролю!

Зниження споживання калорій до 1500 ккал / добу

Наприклад: 3-х разовий режим харчування, при бажанні легкий перекус.

Відразу після сну випивати 1 стакан води кімнатної температури, і перед кожним прийомом їжі.

Час початку сніданку відповідно Вашому режиму. Бажано через півгодини після пробудження!

Знежирені продукти не можна!

Перерви між основними прийомами їжі повинні бути 3-4 години! Максимально 5 годин. І не менш!

Між прийомами дозволяється тільки проста Вода!

ВАЖЛИВО: швидкість прийняття їжі повинна бути не менше 20 хвилин! Їмо із задоволенням і довго жувати кожен шматочок!

Порції їжі при правильному харчуванні в грамах не повинні перевищувати 350 гр за один прийом.

Збільшення фізичної активності за рахунок додаткової ходьби мінімум 30 хвилин в день під контролем крокоміру

Фізичне навантаження повинна виконуватися протягом 30 хвилин або більше, п'ять-сім днів на тиждень, щоб запобігти збільшенню ваги і поліпшити показники серцево-судинної системи - у пацієнтів з нормальною масою тіла середнього віку.

Пацієнтам з ожирінням необхідні більш високі рівні активності - від 60 хв в день, щодня.

Ідеальний обсяг порції їжі за один прийом дорівнює розміру вашого кулака



Рекомендації для пацієнтів, які живуть із ожирінням щодо психологічних аспектів

- Упереджене ставлення до МТ може вплинути на якість медичного обслуговування людей, які живуть із НадМТ та ожирінням. Наприклад, упереджене ставлення до МТ, може, негативно вплинути на ставлення та поведінку медичних працівників до людей, які страждають на ожиріння.

- Переживання, пов'язані з упередженим ставленням до МТ, можуть завдати шкоди Вашому здоров'ю та благополуччю. Упереджене ставлення до Вас наприклад, через розмір вашого одягу або МТ, є неприпустимим. Поговоріть з Вашим лікарем про те, як Ви переживаєте упереджене ставленням щодо Вашої МТ.

- Спробуйте зосередитися на покращенні здорових звичок та ЯЖ, а не на зниженні МТ [1].

- Запобігти чи відстрочити ожиріння, ймовірно, легше, ніж знизити МТ у довгостроковій перспективі.

- Причини та фактори ризику збільшення МТ мають широкий спектр, виходять за межі особистого вибору способу життя, такого як харчування та фізичні вправи, і включають фактори, які ви можете та не можете контролювати.

- Ожиріння може розвинутиись при невеликому збільшенні МТ протягом тривалого часу або внаслідок швидкого збільшення МТ.

- Висловлюйте свої побоювання з приводу збільшення МТ своєму лікарю, навіть якщо ви відчуваєте незначне її збільшення.

- Регулярне зважування, яке проводиться медичними працівниками, може допомогти виявити закономірності та фактори, що сприяють збільшенню МТ, на ранній стадії [2].

- Обмежений діапазон рухів, рівноваги та рухливості, який мають деякі люди, які страждають на НадМТ або ожиріння, можуть вплинути на здатність виконувати дії з догляду за собою, такі як купання, одягання, керування кишечником та/або сечовим міхуром, догляд за шкірою та/або догляд за ранами та ногами. Проблеми у цій галузі можуть вимагати адаптації дій щодо догляду за собою та/або використання допоміжних пристроїв, таких як пристрої для одягання, довга ручка підставка, мочалки з довгими ручками, лавки для купання, перекладки для захоплення та пристрої для пересування.

- Деякі люди, які живуть з НадМТ та ожирінням, мають проблеми з мобільністю та схильні до ризику послизнутися, спіткнутися і/або впасти. Обов'язково повідомте свого лікаря, якщо у Вас були випадки падіння або Ви боїтеся впасти, коли займаєтеся повсякденною діяльністю.

- Ожиріння пов'язане з підвищеним ризиком виникнення проблем зі шкірою, які можуть призвести до почервоніння, пухирів, висипу та відкритих ран які не піддаються загоєнню. Особи з ожирінням повинні регулярно контролювати цілісність своєї шкіри та стан будь-яких ран виявлення будь-яких проблемних зон, наприклад: місця тиску або натирання одягу, пошкодження шкіри чи ознаки інфекції. Особливу увагу слід приділяти ділянкам у складках шкіри [3].

- Ожиріння - це хронічне захворювання, що характеризується накопиченням надлишкового жиру в організмі, яке може мати негативний вплив на Ваше фізичне та психічне здоров'я, а також на якість Вашого життя.

- Щоб зорієнтувати Вас та Вашого лікаря у виборі оптимального лікування ожиріння, необхідно провести клінічну оцінку, щоб визначити, як Ваша МТ впливає на Ваше здоров'я та благополуччя. Це може включати як оцінку психічного здоров'я так і фізичний огляд.

- Упереджене ставлення до МТ та стигма, що широко поширені у клінічних установах, можуть завдати шкоди вашому здоров'ю та поставленим цілям у лікуванні ожиріння. Медичні працівники повинні проводити оцінку ожиріння у делікатній та неупередженій формі [4].

- Існує чіткий зв'язок між психічними захворюваннями та МТ. Будь ласка, переконайтеся, що Ваш лікар має інформацію щодо лікування, яке Ви приймаєте у зв'язку із психічними захворюваннями.

- Особи із супутніми психічними захворюваннями повинні отримувати поведінкову терапію у поєднанні з мультидисциплінарним підходом до лікування НадМТ та ожиріння.

- Рання поява психічних симптомів та труднощів з прийомом їжі після бариатричної операції, може, негативно вплинути на зниження МТ після проведеної операції. Перед бариатричною операцією люди мають пройти скринінг психічного здоров'я, а мультидисциплінарна команда повинна виявляти та усувати психічні симптоми та труднощі з харчуванням, що виникають після операції.

- Враховуючи потенційний ризик рецидиву психічних симптомів, підвищений ризик виникнення проблем, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (наприклад, алкоголю) і потенційний ризик самогубства, люди, які проходять хірургічне втручання, повинні знати про зміни в тому, як алкоголь може вплинути на Вас, про прийом психотропних препаратів та про важливість спостереження за станом психічного здоров'я після бариатричної операції

- Антипсихотичні препарати не повинні регулярно призначатись (особливо на довгостроковій основі) для вирішення таких проблем, як порушення сну та тривожно-депресивні розлади.

- Дослідження вказують, що серед ліків, схвалених для довгострокового лікування ожиріння, ліраглутид має найбільшу кількість доказів на користь його використання для зниження МТ, яка була збільшена в результаті прийому антипсихотичних препаратів.

- Якщо Ви збільшили МТ після прийому антипсихотичних препаратів, Ви можете запитати свого лікаря, чи є інший антипсихотик із меншим ризиком збільшення МТ. Це рішення має прийматися спільно з лікарем, з ретельним обліком інших потенційних побічних ефектів/переносимості та ризик погіршення психічного здоров'я.

- Якщо у вас діагностовано розлад харчової поведінки, два препарати (ліздексамфетамін та топірамаг) можуть бути корисними для зменшення як епізодів переїдання, так і контролю МТ [5].

- Основна мета психологічних та поведінкових втручань є допомога людям, які живуть з ожирінням, у здійсненні змін, які є стійкими, що сприяють позитивній самооцінці та впевненості в собі та покращують здоров'я, функціонування та якість життя.

- Немає єдиного шляху до успіху. Цілі мають бути індивідуальними та важливими для людини, а не тільки для лікаря чи програми лікування.

- Існує безліч психологічних та поведінкових стратегій які можуть бути корисними. Людям, які живуть з НадМТ або ожирінням, слід звернутися до лікаря з досвідом роботи в галузі зміни поведінки, щоб він допоміг визначити відповідні стратегії.

- Враховуючи, що здорова МТ передбачає подолання багатьох труднощів (потяг, звички, доступність, соціальний тиск), стійка зміна поведінки буде успішнішою, якщо обрані людиною моделі поведінки відповідають її основним цінностям [6].

- Харчування важливе для кожної людини, незалежно від її статури, МТ чи стану здоров'я. Ваше здоров'я – це не цифра на вагах. Коли Ви будете готові до змін, виберіть цілі, пов'язані з поведінкою, щоб покращити свій статус харчування та здоров'я (медичного, функціонального, емоційного).

- Не існує універсальної моделі здорового харчування. Виберіть модель харчування, яка підтримує Ваше здоров'я та яку можна підтримувати протягом тривалого часу, а не короткострокову "дієту". Поговоріть з Вашим лікарем, щоб обговорити переваги та недоліки різних моделей харчування для досягнення Ваших цілей, пов'язаних із здоров'ям.

- Те, як Ви харчуєтеся, не менш важливо, ніж те, що і скільки Ви їсте. Практикуйте усвідомлене харчування та підтримуйте здорові відносини з їжею.

- Несбалансована "дієта" або жорстке обмеження кількості їжі може призвести до змін у Вашому організмі, які згодом можуть призвести до повторного збільшення МТ.

- Зверніться до лікаря-дієтолога для індивідуального підходу та постійної підтримки вашого харчування та здорових потреб [7].

- Зниження МТ не повинно бути єдиним результатом, за яким оцінюється успіх терапії фізичною активністю.

- Підвищення фізичної активності може бути невід'ємним компонентом всіх стратегій боротьби з ожирінням [8].

- Цілі в лікуванні ожиріння повинні включати покращення здоров'я та повинні включати результати, які є важливими для вас.

- Існують препарати, які схвалені Міністерством охорони здоров'я для довгострокового лікування ожиріння. Ці препарати можуть допомогти вам досягти зниження МТ з подальшим її підтриманням, окрім цього покращити здоров'я, зменшити ускладнення, які пов'язані із НадМТ або ожирінням. Ці препарати довели свою безпеку та ефективність для лікування ожиріння.

- Ліки, які не схвалені для лікування ожиріння можуть бути небезпечні або неефективні для лікування ожиріння та їх слід уникати [9].

- Баріатрична хірургія - це початок шляху завдовжки життя. Ви повинні дізнатися про необхідні зміни, щоб оптимізувати довгострокові результати для здоровішого життя.

- Перед операцією Вам буде запропоновано пройти низку досліджень, таких як аналіз крові, обстеження серцево-судинної та дихальних систем, щоб переконатися, що Ваш організм готовий для операції.

- Якщо в Вас є високий ризик розвитку обструктивного апное сну, Вам можуть запропонувати додаткове дослідження для уточнення цього діагнозу.

- Поточна чи нещодавня історія куріння чи вживання нікотину наражає вас на ризик ускладнень після бариатричної операції. Відмова від куріння потрібна до операції та має зберігатися протягом усього життя.

- Вам може бути призначена низькокалорійна дієта за два-три тижні до операції, щоб зменшити розмір вашої печінки та полегшити операцію.

- Якщо Ви страждаєте на цукровий діабет, Вам доведеться дуже уважно стежити за рівнем цукру в крові та коригувати, за необхідністю, фармакологічну терапію діабету під час дотримання низькокалорійної дієти до бариатричної операції [10].

- Якщо Ви маєте індекс маси тіла $<40 \text{ кг/м}^2$, Вам слід поцікавитись про бариатричну хірургію. У Вашій ситуації поведінкові втручання та медична терапія є важливими, але зазвичай недостатньо ефективними для досягнення значного довгострокового зниження МТ та ремісії захворювань, пов'язаних з ожирінням.

- Бариатрична хірургія у поєднанні з модифікацією поведінки може призвести до значного довгострокового зниження МТ (від 20% до 40% від вихідної МТ) та контроль або, у деяких випадках, повну ремісію захворювань, пов'язаних з ожирінням, включаючи ЦД 2 типу, апное уві сні, жирову хворобу печінки та АГ.

- Усі операції мають деякі побічні ефекти та потенційні ризики, та вимагають постійного спостереження, прийому мінеральних та вітамінних добавок та зміни поведінки [11].

- Якщо Ви перенесли бариатричну операцію, важливо, щоб Ви приймали харчові добавки протягом усього життя та продовжували слідувати плану харчування після бариатричної операції, фізичним вправам та будь-яким іншим рекомендаціям, даним Вашим лікарем. Роблячи це, Ви збільшите свої шанси зберегти здоров'я та зменшити кількість ускладнень, які можуть виникнути після бариатричної операції.

- Відвідуйте всі заплановані зустрічі та програми запропоновані Вашим бариатричним хірургічним відділенням. Після виписки з бариатричного хірургічного стаціонару призначайте щорічні зустрічі з Вашим лікарем, щоб перевірити аналізи крові, переглянути прийом ліків та вирішити будь-які питання, пов'язані зі зміною вашої МТ.

- Після бариатричної операції Ви можете мати пригнічений настрій. Якщо Ви відчуваєте труднощі, обговоріть це з Вашою командою спеціалістів або зі своїм лікуючим лікарем.

- Пам'ятайте, що Ваша найнижча МТ після операції буде спостерігатися через 12-18 місяців після проведеного оперативного втручання.

- Якщо після бариатричної операції пройшло від 12 до 18 місяців, і Ви плануєте вагітність, обговоріть це з вашим лікуючим лікарем та лікарем акушер-гінекологом [12].

- Індивідуальне консультування з питань харчування може призвести до помірного зниження МТ та окружності талії. При розробці індивідуальної стратегії управління МТ можна використовувати методи терапії усвідомленості, прийняття та прихильності, які додаються до багатокomпонентних поведінкових втручань.

- Багато медичних проблем, таких як порушення сну, біль, порушення обміну речовин та психічні захворювання можуть сприяти виникненню проблем з контролем МТ. Люди повинні звертатися за медичною допомогою, якщо вони мають труднощі з підтримкою, збільшення або зменшенням МТ [13].

- Індустрія комерційного зниження МТ процвітає і, найчастіше, характеризується нереалістичною рекламою. Перш ніж дотримуватися комерційної програми або використовувати комерційний продукт для зниження МТ, люди з НадМТ або ожирінням

повинні переконатися, що підхід безпечний та потенційно ефективний (поєднання харчування, ФА та підтримки зміни поведінки, реалістичні цілі зниження МТ на 0,5-1,0 кг/місяць, довгостроковий підхід до підтримки МТ, хороший профіль безпеки та прийнятна вартість).

- Людям, які страждають на ожиріння, слід з обережністю ставитися до програм зниження МТ, які:

- 1) обіцяють зниження МТ без дієти або фізичних вправ;
- 2) обіцяють зниження МТ при вживанні будь-якої кількості їжі;
- 3) обіцяють зниження МТ у певних місцях тіла;
- 4) обіцяють надто швидке зниження МТ
- 5) включають фотографії до і після та особисті рекомендації, які здаються надто хорошими, щоб бути правдою.

-Багато натуральних продуктів для схуднення доступні без рецепта, але жоден з них не довів клінічно значиме зниження МТ у доказових наукових дослідженнях.

Джерела:

- 1)<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/1-Reducing-Weight-Bias-v6-with-links-1-1.pdf>
- 2)<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/4-Prevention-and-Harm-Reduction-v5-with-links.pdf>
- 3)<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/5-Activities-of-Daily-Life-v5-with-links.pdf>
- 4)<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/6-Obesity-Assessment-v6-with-links.pdf>
- 5) <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/7-The-Role-of-Mental-Health-v4-with-links.pdf>
- 6) <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/07/10-Psych-Interventions-2-v7-with-links-1.pdf>
- 7) https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2022/10/Medical-Nutrition-Therapy_22_FINAL.pdf
- 8) <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/9-Physical-Activity-v3-with-links.pdf>
- 9) https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2022/10/Pharmacotherapy-CPG-2022_final.pdf
- 10) <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/07/12-Bariatric-Surgery-%E2%80%93-Preoperative-Workup-v5-with-links.pdf>
- 11) <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/13-Bariatric-Surgery-Surgical-Options-and-Outcomes-v6-with-links.pdf>
- 12) <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/14-Bariatric-Surgery-PostOperativeMgmt-v4-with-links.pdf>
- 13) https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2022/10/Medical-Nutrition-Therapy_22_FINAL.pdf
- 14) <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/16-Commercial-Weight-Loss-v6-with-links.pdf>