ОЖИРІННЯ ЯК ХВОРОБА ЦИВІЛІЗАЦІЇ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
IV–VI курсів другого (магістерського) рівня
за спеціальністю «Медицина»

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ОЖИРІННЯ ЯК ХВОРОБА ЦИВІЛІЗАЦІЇ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
IV–VI курсів другого (магістерського) рівня
за спеціальністю «Медицина»

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 10 від 29.10.2026.

Харків
ХНМУ
2026

Ожиріння як хвороба цивілізації: сучасні підходи до лікування : метод. вказ. для самост. роботи студентів IV–VI курсів другого (магістерського) рівня за спеціальністю «Медицина» / упоряд. Б. О. Шелест, В. А. Капустник, О. Л. Садовенко, В. Л. Прохоренко. Харків : ХНМУ, 2026. 24 с.

Упорядники Б. О. Шелест
В. А. Капустник
О. Л. Садовенко
В. Л. Прохоренко

Кількість годин — 5.

Матеріальне та методичне забезпечення: базовий підручник, навчальні посібники, методичні вказівки, конспекти лекцій, клінічні рекомендації, тестові та контрольні завдання для практичних занять, ситуаційні задачі, мультимедійна презентація, таблиці для самоконтролю.

Обґрунтування теми

Ожиріння належить до найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань сучасності та закономірно розглядається як класична **хвороба цивілізації.** Його поширеність зростає на тлі урбанізації, надлишкового споживання висококалорійної їжі, низької фізичної активності, порушень сну, хронічного стресу, соціально-економічних диспропорцій і широкого використання медикаментів, що сприяють збільшенню маси тіла. Ожиріння асоціюється з підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету 2-го типу, артеріальної гіпертензії, атеросклеротичних серцево-судинних захворювань, серцевої недостатності, обструктивного апное сну, остеоартриту, метаболічно асоційованої стеатотичної хвороби печінки (МАСХП або MASLD), порушень фертильності, деяких злоякісних новоутворень, а також психосоціальних розладів.

Сучасний підхід до ожиріння суттєво відрізняється від застарілого сприйняття його лише як наслідку «надлишкового харчування» чи «слабкої волі». Нині ожиріння розглядають як **хронічне, рецидивне, мультифакторне захворювання,** у розвитку якого беруть участь генетичні, нейроендокринні, поведінкові, екологічні та соціальні механізми. Відповідно, лікування ожиріння має бути не епізодичним, а довготривалим, індивідуалізованим і комплексним.

Останні міжнародні рекомендації підкреслюють кілька принципово важливих положень:

1. Лікування має бути **персоналізованим** і орієнтованим не лише на зниження маси тіла, а й на поліпшення здоров'я, функціонального стану та якості життя.

2. Навіть **помірне зниження маси тіла** є клінічно значущим, але кращі результати дають більш виражену метаболічну користь.

3. Основа лікування — **модифікація способу життя**, але у значної частини пацієнтів цього недостатньо, тому до плану лікування слід своєчасно включати **фармакотерапію** і, за показаннями, **метаболічну/баріатричну хірургію**.

4. Ожиріння потребує **тривалого спостереження**, оскільки після припинення лікування часто виникає рецидив набору маси тіла.

Для здобувачів вищої освіти вивчення цієї теми має важливе значення, оскільки ожиріння є не лише саме по собі окремим захворюванням, а й модифікує перебіг багатьох інших нозологій. Розуміння сучасних принципів діагностики, оцінки ризику та лікування ожиріння є необхідною складовою формування клінічного мислення.

Мета заняття

Загальна:

Ознайомитися з сучасним уявленням про ожиріння як хронічну хворобу цивілізації та опанувати сучасні підходи до його лікування, зокрема модифікацію способу життя, фармакотерапію, критерії відбору пацієнтів для метаболічної хірургії та принципи довготривалого ведення.

Конкретна:

1. Засвоїти сучасне визначення ожиріння, його роль у структурі хвороб цивілізації та основні патогенетичні механізми.
2. Навчитися оцінювати ступінь ожиріння та кардіометаболічний ризик за допомогою антропометричних і клінічних показників.
3. Вивчити цілі лікування ожиріння та критерії ефективності терапії.
4. Засвоїти принципи немедикаментозного лікування ожиріння.
5. Ознайомитися з сучасними можливостями фармакотерапії ожиріння та принципами вибору препаратів залежно від супутніх станів.
6. Вивчити показання до метаболічної/баріатричної хірургії та основні принципи післяопераційного спостереження.
7. Навчитися аналізувати типові клінічні ситуації у пацієнтів з ожирінням.

Навчальні результати

Знати:

- сучасне визначення ожиріння як хронічного рецидивного захворювання;
- основні етіологічні, патогенетичні та поведінкові чинники розвитку ожиріння;
- антропометричні критерії оцінки ожиріння та центрального розподілу жирової тканини;
- клінічні та лабораторні підходи до обстеження пацієнта з ожирінням;
- цілі лікування залежно від ступеня ожиріння та супутніх захворювань;
- принципи модифікації харчування, фізичної активності та поведінкової терапії;
- основні групи сучасних препаратів для лікування ожиріння, їх можливості та обмеження;

- сучасні підходи до персоналізованого вибору фармакотерапії ожиріння;
- показання до метаболічної/баріатричної хірургії;
- принципи довготривалого моніторингу та профілактики рецидиву.

Вміти:

- оцінити індекс маси тіла, окружність талії та інші показники, що характеризують ожиріння;
- виявити у пацієнта ожиріння-асоційовані захворювання та ускладнення;
- сформулювати індивідуальні цілі лікування;
- скласти базовий план немедикаментозного лікування;
- визначити ситуації, коли пацієнту показана фармакотерапія ожиріння;
- орієнтовно обрати терапевтичну стратегію залежно від фенотипу пацієнта та коморбідності;
- визначити пацієнтів, які потребують направлення для спеціалізованого лікування або хірургічного втручання;
- надати пацієнту рекомендації щодо тривалого спостереження та підтримання результату.

Міждисциплінарна інтеграція

Тема інтегрується з такими освітніми компонентами:

- внутрішня медицина;
- ендокринологія;
- кардіологія;
- гастроентерологія;
- хірургія;
- профілактична медицина;
- громадське здоров'я;
- клінічна лабораторна діагностика.

Зміст навчання

1. Ожиріння як хвороба цивілізації: сучасний погляд

Впродовж тривалого часу ожиріння розглядалося переважно як наслідок позитивного енергетичного балансу. Сучасна медицина розширила це уявлення. Надлишкова маса тіла дійсно виникає тоді, коли надходження енергії перевищує її витрати, але клінічно значуще ожиріння формується внаслідок значно складнішої взаємодії наступних чинників:

– генетичної схильності;

– порушень регуляції апетиту та насичення;

– нейрогуморальних механізмів;

– змін мікробіоти кишечника;

– хронічного стресу;

– дефіциту сну;

– впливу ультрапереробленних продуктів;

– малорухливого способу життя;

– соціальних та економічних чинників;

– застосування медикаментів, що збільшують масу тіла.

Отже, ожиріння – не просто естетична проблема і не лише кількісне збільшення жирової тканини. Це патологічний стан, що супроводжується структурними, метаболічними, ендокринними та запальними змінами. Частина сучасних документів пропонує розглядати його через призму не тільки маси тіла, але й наявності клінічно значущих ускладнень, тобто оцінювати не лише «скільки важить пацієнт», а й «як це впливає на функцію органів і систем».

2. Клінічне значення ожиріння

Ожиріння асоціюється з такими основними групами ускладнень.

2.1. Кардіометаболічні:

– інсулінорезистентність;

– прediабет;

– цукровий діабет 2-го типу;

– артеріальна гіпертензія;

– дисліпідемія;

– атеросклеротичні серцево-судинні захворювання;

– серцева недостатність, особливо зі збереженою фракцією викиду HFpEF.

2.2. Механічні та функціональні:

– обструктивне апное сну;

– остеоартрит, особливо колінних і кульшових суглобів;

– зниження толерантності до фізичного навантаження;

– задишка;

– гастроезофагеальна рефлюксна хвороба.

2.3. Печінкові та гастроентерологічні:

– метаболічно асоційована стеатотична хвороба печінки (MASLD або МАСХП);

– метаболічно асоційований стеатогепатит (MASH);

– фіброз печінки.

2.4. Репродуктивні та ендокринні:

– синдром полікістозних яєчників;

– порушення фертильності;

– гіпогонадизм у чоловіків.

2.5. Психосоціальні:

– зниження самооцінки;

– стигматизація;

– тривога та депресивні симптоми;

– соціальна ізоляція.

3. Сучасна оцінка пацієнта з ожирінням

Обстеження має бути комплексним. На сьогодні вважається недостатнім застарілий підхід лише за розрахунком ІМТ.

3.1. Антропометрія

Індекс маси тіла (ІМТ) = маса тіла (кг) / зріст^2 (м^2).

Класифікація:

– нормальна маса тіла: 18,5–24,9 кг/м^2;

– надлишкова маса тіла: 25,0–29,9 кг/м^2;

– ожиріння I ступеня: 30,0–34,9 кг/м^2;

– ожиріння II ступеня: 35,0–39,9 кг/м^2;

– ожиріння III ступеня: ≥ 40,0 кг/м^2.

Однак ІМТ не відображає розподілу жирової тканини та може не повністю характеризувати кардіометаболічний ризик. Тому бажано оцінювати також окружність талії та/або співвідношення талія/зріст (*табл. 1*).

Таблиця 1

Антропометричні показники, що використовуються при оцінці ожиріння

Показник	***Що оцінює***	***Клінічне значення***
ІМТ	Загальну масу тіла відносно зросту	Базовий скринінговий показник
Окружність талії	Абдомінальне ожиріння	Кращий маркер вісцерального жиру
Співвідношення талія/зріст	Центральний розподіл жиру	Значення ≥ 0,5 асоціюється з підвищеним ризиком
Динаміка маси тіла	Зміни протягом часу	Дозволяє оцінити ефективність лікування

3.2. Анамнез

Необхідно з'ясувати наступне:

- вік початку набору маси тіла;
- темп прогресування ожиріння;
- попередні спроби схуднення та їх результати;
- харчові звички;
- епізоди компульсивного переїдання;
- рівень фізичної активності;
- якість та тривалість сну;
- ознаки апное сну;
- сімейний анамнез ожиріння, діабету, серцево-судинних хвороб;
- перелік лікарських засобів, які пацієнт приймає постійно.

3.3. Фізикальне обстеження

Слід оцінити наступне:

- артеріальний тиск;
- частоту серцевих скорочень;
- ознаки серцевої недостатності;
- стан суглобів;
- ознаки інсулінорезистентності (наприклад, acanthosis nigricans);
- ознаки ендокринних порушень;
- розподіл жирової тканини.

3.4. Лабораторне та інструментальне дообстеження

Рекомендується розглянути:

- глюкозу натще;
- глікований гемоглобін (HbA1c);
- ліпідограму;
- АЛТ, АСТ, за показаннями оцінити ризик стеатозу/стеатогепатиту;
- креатинін, швидкість клубочкової фільтрації (eGFR);
- ТТГ — за клінічної підозри на тиреоїдну патологію;
- обстеження на апное сну за показаннями;
- оцінку супутньої кардіоваскулярної патології.

4. Принципи формулювання цілей лікування

Сучасні рекомендації наголошують на тому, що мета лікування ожиріння полягає не лише в «максимальному схудненні». Потрібно визначати реалістичні та клінічно значущі цілі (*табл. 2*).

Таблиця 2

Клінічне значення різного ступеня зниження маси тіла

Рівень зниження маси тіла	***Клінічний ефект***
Будь-яке зниження	Позитивний вплив на мотивацію та перебіг хвороби
5–7 % від початкової маси	Поліпшення глікемії, деяких кардіометаболічних показників
> 10 %	Більш виражений метаболічний ефект, вплив на перебіг цукрового діабету (ЦД) 2-го типу, MASLD/MASH, апное сну, якість життя
> 15–20 %	Може досягатися при застосуванні сучасної фармакотерапії або хірургії; асоціюється з найбільш вираженими клінічними перевагами

Основні цілі лікування:

– зменшити ризик серцево-судинних і метаболічних ускладнень;

– покращити глікемічний контроль;

– знизити артеріальний тиск;

– поліпшити ліпідний профіль;

– зменшити прояви апное сну та суглобового болю;

– покращити фізичну працездатність;

– поліпшити якість життя;

– запобігти подальшому набору маси тіла;

– досягти довготривалого утримання результату.

5. Немедикаментозне лікування ожиріння

Немедикаментозна терапія є базисом лікування для всіх пацієнтів. Вона повинна включати харчування, фізичну активність, поведінкові втручання та довготривалу підтримку (*табл. 3*).

Таблиця 3

Компоненти базової програми модифікації способу життя

Компонент	***Основний зміст***
Харчування	Індивідуальний енергетичний дефіцит, контроль порцій, зменшення кількості ультрапереробленої їжі
Фізична активність	Аеробні та силові вправи, поступове нарощування навантаження
Поведінкова підтримка	Самоконтроль, щоденники, навчання, регулярний зворотний зв'язок
Сон і стрес	Нормалізація режиму, виявлення тригерів переїдання
Довготривале спостереження	Профілактика рецидиву та підтримка досягнутого результату

5.1. Харчування

Ключовий принцип — створення енергетичного дефіциту, а не дотримання однієї «універсальної дієти». У сучасних рекомендаціях важливішою за назву дієти є здатність пацієнта тривало дотримуватися харчового плану.

Основні підходи:

– обмеження добової калорійності;

– зменшення споживання ультрапереоблених продуктів;

– обмеження підсолоджених напоїв;

– збільшення частки овочів, бобових, цільнозернових продуктів;

– адекватне споживання білка;

– контроль порцій;

– формування регулярного режиму прийому їжі.

Особливо важливо наголосити, що у пацієнтів, які отримують препарати для лікування ожиріння, слід контролювати достатність білка і мікронутрієнтів, оскільки на тлі зниження апетиту можливе не лише зменшення жирової маси, але й небажана втрата м'язової тканини.

5.2. Фізична активність

Рекомендовані:

– аеробні навантаження;

– силові вправи;

– зменшення тривалості сидячого способу життя;

– поступове підвищення рівня активності залежно від функціонального стану пацієнта.

Фізична активність має значення не лише для зниження маси тіла, а й для збереження м'язової маси, поліпшення чутливості до інсуліну, зменшення серцево-судинного ризику та підтримання досягнутого результату. Для довготривалого утримання маси тіла вказують на користь регулярної активності високої частоти та самоконтролю.

5.3. Поведінкова терапія

Найбільшу ефективність мають програми з частими контактами, самоспостереженням і підтримкою пацієнта.

Доцільні елементи:

– ведення харчового щоденника;

– контроль маси тіла раз на тиждень або частіше;

– постановка короткострокових цілей;

– виявлення тригерів переїдання;

– корекція харчової поведінки;

– підтримка мотивації;

– робота зі стресом і сном.

У значної частини пацієнтів рекомендації лише «менше їсти і більше рухатися» не забезпечують стійкого результату. Це зумовлено біологічними механізмами, які сприяють поверненню надмірної маси тіла: зростає відчуття голоду, знижується енергетичний обмін, посилюються сигнали, що підтримують попередню масу тіла. Саме тому сучасні настанови розглядають ожиріння аналогічно до інших хронічних захворювань, при яких часто потрібна довготривала медикаментозна терапія.

Показання до ескалації лікування виникають тоді, коли:

– пацієнт має ожиріння або надлишкову масу тіла з ускладненнями;

– незважаючи на зміну способу життя, не вдається досягти клінічно значущого зниження маси тіла;

– необхідно швидше вплинути на супутні захворювання;

– у пацієнта наявні прediабет, ЦД 2-го типу, серцево-судинні хвороби, HFpEF, MASH, апное сну, остеоартрит або інші ускладнення, на які може позитивно вплинути лікування ожиріння.

6. Фармакотерапія ожиріння: сучасні підходи

Сучасні рекомендації підкреслюють, що фармакотерапія ожиріння має застосовуватися **не ізольовано**, а разом із модифікацією способу життя. Вибір препарату повинен бути **персоналізованим** і базуватися на таких чинниках:

- наявність коморбідності;
- очікуваний ступінь зниження маси тіла;
- переносимість;
- протипоказання;
- доступність та вартість;
- індивідуальні уподобання пацієнта;
- потреба в тривалому лікуванні.

6.1. Основні принципи вибору препарату

1. Обирати препарат, який має найбільшу ймовірність допомогти досягти поставленої мети.

2. Враховувати супутні захворювання, на які конкретний препарат може впливати позитивно або негативно.

3. Не розглядати ожиріння лише через показник маси тіла, важливо враховувати ускладнення.

4. За відсутності достатньої відповіді уникати терапевтичної інерції: підвищувати дозу до максимально переносимої, замінювати препарат, комбінувати зі структурованою програмою способу життя, розглядати хірургічне лікування.

6.2. Сучасні групи препаратів для лікування ожиріння

Фармакотерапія ожиріння є складовою комплексного лікування пацієнтів, у яких модифікація способу життя не забезпечує достатнього клінічного ефекту. Медикаментозне втручання не замінює раціонального харчування, підвищення фізичної активності та поведінкової підтримки, а доповнює їх. У дорослих препарати для лікування ожиріння звичайно застосовують при ІМТ ≥ 30 кг/м^2 або при ІМТ 27,0–29,9 кг/м^2 за наявності щонайменше одного захворювання чи стану, пов'язаного з надлишковою масою тіла, зокрема прediабету, цукрового діабету 2-го типу, артеріальної гіпертензії, дисліпідемії чи обструктивного апное сну. Сучасні європейські підходи водночас підкреслюють, що рішення про лікування має ґрунтуватися не лише на величині ІМТ, а й на розподілі жирової тканини, клінічних ускладненнях та загальному кардіометаболічному ризику.

Перед початком фармакотерапії необхідно оцінити фенотип ожиріння, попередні спроби лікування, вираженість харчової тяги, наявність кардіометаболічних ускладнень, супутню терапію та можливі протипоказання. Особливу увагу слід приділяти анамнезу панкреатиту, жовчнокам'яної хвороби, судомних нападів, розладів харчової поведінки, вживанню опіоїдів, а також репродуктивним планам пацієнтки. Вибір препарату повинен бути персоналізованим і базуватися не лише на очікуваній величині зниження маси тіла, а й на профілі безпеки, супутніх захворюваннях, переносимості та доступності лікування *(табл. 4)*.

Таблиця 4

Узагальнена характеристика сучасної фармакотерапії ожиріння

Група/препарат	***Орієнтовна ефективність зниження маси тіла***	***Основні переваги***	***Основні обмеження***
Орлістат	Помірна	Не впливає центрально; тривалий досвід	ШКТ-побічні ефекти
Ліраглутид	Помірна/добра	Вплив на апетит і глікемію	Ін'єкції, нудота
Семаглутид	Висока	Суттєве зниження маси тіла, метаболічна користь	Вартість, ШКТ-побічні ефекти
Тирзепатид	Дуже висока	Найбільш виражений ефект у багатьох дослідженнях	Вартість, доступність, ШКТ-побічні ефекти
Налтрексон/бупропіон	Помірна	Вплив на харчову поведінку	Не для всіх фенотипів, обмеження при деяких коморбідностях
Фентермін/топірамат*	Добра	Висока ефективність	Регуляторні та безпекові
Примітка: * Комбінація фентермін/топірамат не включена до основних ЕМА-орієнтованих варіантів фармакотерапії ожиріння			

У *табл. 4* наведено фармакологічні підходи до лікування ожиріння у дорослих, які мають доказову базу та/або регуляторну застосовність у європейській чи українській клінічній практиці. Перед призначенням конкретного препарату необхідно перевіряти чинну інструкцію для медичного застосування та наявність державної реєстрації в Україні.

Орлістат може застосовуватися як пероральний варіант у пацієнтів, для яких ін'єкційна терапія є неприйнятною або недоступною. Його клінічне місце сьогодні є більш обмеженим, оскільки за ефективністю він поступається сучасним інкретиновим препаратам. Основними факторами, що лімітують лікування, є гастроінтестинальні побічні явища та необхідність дотримання дієти з обмеженням жирів.

Ліраглутид 3,0 мг є агоністом рецептора GLP-1 для щоденного підшкірного введення. Препарат доцільно розглядати у пацієнтів, яким потрібне поступове титрування дози, вплив на апетит і додаткове поліпшення глікемічного профілю. Лікування починають із 0,6 мг раз на добу з подальшим збільшенням дози на 0,6 мг не частіше, ніж щотижня до 3,0 мг на добу. У дорослих терапію слід припинити, якщо через 12 тиж прийому дози 3,0 мг не досягнуто зниження початкової маси тіла щонайменше на 5 %. В окремих регуляторних інструкціях ліраглутид 3,0 мг також має педіатричні показання: його застосовують у підлітків від 12 років, а в Європейському Союзі — і в дітей 6–<12 років за відповідних умов та під наглядом лікаря, який має досвід ведення дитячого ожиріння.

Семаглутид 2,4 мг є агоністом рецептора GLP-1 тривалої дії для введення раз на тиждень і належить до найефективніших сучасних засобів медикаментозного лікування ожиріння. Його доцільно призначати пацієнтам з вираженим харчовим потягом, абдомінальним ожирінням, прediабетом, цукровим діабетом 2-го типу та високим серцево-судинним ризиком. У ЄС семаглутид 2,4 мг показаний дорослим з ІМТ ≥ 30 кг/м² або з ІМТ ≥ 27 кг/м² за наявності вагозалежної коморбідності, а також підліткам від 12 років з ожирінням і масою тіла понад 60 кг. Додатковою клінічно значущою перевагою препарату є його сприятливий вплив на серцево-судинний ризик у відповідних категорій пацієнтів.

Тирзепатид є подвійним агоністом рецепторів GIP/GLP-1 і характеризується дуже високою ефективністю щодо зниження маси тіла. Його застосовують у дорослих як доповнення до гіпокалорійної дієти та фізичної активності при ІМТ ≥ 30 кг/м^2 або при ІМТ ≥ 27 кг/м^2 за наявності щонайменше одного асоційованого з надлишковою масою тіла захворювання. Терапію розпочинають із 2,5 мг раз на тиждень; через 4 тиж дозу підвищують до 5 мг, а надалі — за потреби, поступово титрують до 10 або 15 мг 1 раз на тиждень. Препарат

особливо доцільний у пацієнтів із поєднанням ожиріння та прediабету, ЦД 2-го типу, вираженого кардіометаболічного ризику або обструктивного апное сну. Під час лікування слід контролювати гастроінтестинальну переносимість, ризик дегідратації та симптоми, що можуть свідчити про панкреатит.

Комбінація налтрексону з бупропіоном є пероральним препаратом для лікування ожиріння у дорослих з ІМТ ≥ 30 кг/м^2 або з ІМТ 27,0–29,9 кг/м^2 за наявності вагозалежної коморбідності. Найбільш доцільно розглядати її у пацієнтів із вираженою харчовою тягою, тенденцією до переїдання або в ситуаціях, коли ін'єкційна терапія є небажаною. Дозу підвищують поступово протягом 4 тиж до підтримувальної схеми 2 табл. двічі на добу. Водночас препарат має важливі обмеження: його не застосовують при неконтрольованій артеріальній гіпертензії, судомах в анамнезі, біполярному розладі, анорексії або булімії, застосуванні опіоїдів, тяжкій печінковій недостатності та термінальній нирковій недостатності. За відсутності зниження маси тіла щонайменше на 5 % через 16 тиж лікування препарат слід відмінити.

У клінічній практиці вибір препарату визначають за домінуючим метаболічним і поведінковим профілем пацієнта. За наявності прediабету, ЦД 2-го типу або високого кардіометаболічного ризику зазвичай надають перевагу інкретиновим препаратам. За потреби максимальної ефективності щодо зниження маси тіла доцільно розглядати семаглутид 2,4 мг або тирзепатид. Якщо важливим є досвід застосування у дітей та підлітків, практичне значення має ліраглутид. Налтрексон/бупропіон є доцільним при домінуванні харчової тяги за умови відсутності протипоказань, тоді як орлістат можна залишати як менш ефективну, але прийнятну альтернативу для обраних пацієнтів.

Ефективність фармакотерапії слід оцінювати комплексно: за динамікою маси тіла, окружності талії, артеріального тиску, глікемії, ліпідного профілю, симптомів супутніх захворювань, функціонального стану та якості життя. У разі недостатньої відповіді необхідно не затягувати з переглядом стратегії: перевірити прихильність, досягнення терапевтичної дози, переносимість, бар'єри до виконання рекомендацій, після чого вирішити питання щодо зміни препарату, інтенсифікації немедикаментозного втручання або направлення до спеціалізованого центру. Таким чином, сучасна фармакотерапія ожиріння повинна бути не формальною, а активною, персоналізованою та довготривалою.

7. Персоналізований вибір фармакотерапії

Одним із головних досягнень нових рекомендацій є перехід від принципу «один препарат для всіх» до **персоналізованого вибору залежно від ускладнень ожиріння** *(табл. 5)*.

Таблиця 5

Логіка персоналізованого підходу

Клінічна ситуація	***На що звернути увагу при виборі лікування***
Прediабет / ЦД 2 типу	Вплив на масу тіла + глікемію
АГ	Вплив на артеріальний тиск, протипоказання
ASCVD	Кардіоваскулярні переваги
HFpEF	Вплив на симптоми та події серцевої недостатності
MASH	Потенційний гепатопротекторний метаболічний ефект
OSA	Вираженість очікуваного схуднення
Остеоартрит	Потенційне зменшення болю та навантаження на суглоби

З

Орієнтовні клінічні акценти

- **Прediабет / ЦД 2-го типу:** перевагу надають препаратам із вираженим впливом на масу тіла та глікемію.
- **Артеріальна гіпертензія:** важливо обирати засіб, що не погіршує контроль артеріального тиску.
- **Атеросклеротичні серцево-судинні захворювання:** перевагу надають препаратам із доведеними або потенційно корисними кардіоваскулярними ефектами.
- **HFpEF:** сучасні інкретинові препарати можуть мати додаткові переваги.
- **MASH / стеатогепатит:** перевагу надають препаратам, що поліпшують метаболічний профіль і масу тіла.
- **Обструктивне апное сну:** клінічно значуще схуднення здатне поліпшувати симптоматику.
- **Остеоартрит:** зменшення маси тіла знижує механічне навантаження на суглоби і може зменшувати біль.

8. Довготривале ведення пацієнта та профілактика рецидиву

Ожиріння є **рецидивною** хворобою. Після припинення лікування, особливо фармакотерапії, у багатьох пацієнтів спостерігається повторний набір маси тіла. Тому після досягнення результату лікування не завершується.

Основні принципи тривалого ведення:

- регулярний контроль маси тіла;
- оцінка переносимості та ефективності терапії;
- підтримка мотивації;
- корекція харчового плану;
- продовження фізичної активності;
- контроль достатності білка;
- моніторинг супутніх захворювань;
- за потреби — інтенсифікація лікування.

Практичне правило

Якщо за перші місяці лікування відповідь недостатня, не слід повторювати ті самі рекомендації. Потрібно оцінити наступне:

- прихильність до лікування;
- бар'єри щодо виконання рекомендацій;
- дозу препарату;
- можливість переходу на інший засіб;
- необхідність комбінованої стратегії;
- доцільність направлення до спеціалізованого центру.

9. Метаболічна / баріатрична хірургія

Метаболічна хірургія є найефективнішим методом досягнення значного та тривалого зниження маси тіла в частини пацієнтів з ожирінням. Слід розглядати її не як «крайній засіб відчаю», а як науково обґрунтовану частину сучасної стратегії лікування *(табл. 6)*.

Таблиця 6

Порівняння основних підходів до лікування ожиріння

Підхід	***Переваги***	***Обмеження***	***Кому особливо підходить***
Модифікація способу життя	Базис для всіх пацієнтів	Часто недостатня як єдиний метод	Усім пацієнтам
Фармакотерапія	Посилює ефект зміни способу життя, впливає на коморбідність	Вартість, побічні ефекти, потреба в тривалому застосуванні	Пацієнтам з ожирінням або надлишковою масою тіла з ускладненнями
Метаболічна хірургія	Найбільш виражене та тривале зниження маси тіла	Інвазивність, потреба в центрі експертизи та спостереженні	Пацієнтам з тяжким ожирінням або при недостатньому ефекті консервативного лікування

Основні показання (узагальнено):

- ІМТ ≥ 35 кг/м^2 незалежно від виразності коморбідності;
- ІМТ 30–34,9 кг/м^2 за наявності метаболічного захворювання або недостатнього ефекту нехірургічного лікування;
- у пацієнтів із ЦД 2-го типу сучасні рекомендації допускають розгляд хірургії і при нижчих порогах ІМТ у певних популяціях.

Передопераційна оцінка має включати наступне:

- оцінку коморбідності;
- психосоціальну та поведінкову оцінку;
- аналіз прихильності до спостереження;
- інформування пацієнта про довготривалий характер післяопераційного моніторингу.

Післяопераційне ведення

Після метаболічної хірургії пацієнт потребує:

- тривалого медичного спостереження;
- оцінки нутритивного статусу;
- моніторингу мікронутрієнтів;
- поведінкової підтримки;
- за потреби — додаткової фармакотерапії у разі недостатньої втрати маси тіла або її повторного збільшення.

10. Найпоширеніші помилки в лікуванні ожиріння

1. Зведення лікування лише до поради «менше їсти».
2. Стигматизуюча комунікація з пацієнтом.
3. Ігнорування супутніх захворювань.
4. Відсутність довготривалого плану спостереження.
5. Запізніле призначення фармакотерапії.
6. Неврахування медикаментів, що сприяють набору маси тіла.
7. Недостатній контроль білка та мікронутрієнтів на тлі активного схуднення.
8. Припинення лікування одразу після досягнення першого успіху.
9. Недооцінка ролі сну, стресу та харчової поведінки.
10. Відсутність своєчасного направлення на спеціалізоване або хірургічне лікування.

11. Алгоритм дій при веденні пацієнта з ожирінням

1. *Підтвердити наявність ожиріння:* ІМТ, окружність талії, динаміка маси тіла.

2. *Оцінити ускладнення та коморбідність:* ЦД 2-го типу, АГ, дисліпідемія, ASCVD, HFpEF, MASH, OSA, остеоартрит тощо.

3. Визначити індивідуальні цілі лікування.

4. *Почати базову терапію:* харчування + фізична активність + поведінкова підтримка.

5. *Оцінити відповідь на лікування* у динаміці.

6. *Розглянути фармакотерапію,* якщо базових заходів недостатньо або є клінічна потреба в більш активному втручанні.

7. *Індивідуалізувати вибір препарату* з урахуванням фенотипу, коморбідності, безпеки, доступності.

8. *Уникати терапевтичної інерції:* при недостатній відповіді змінювати тактику.

9. *Розглянути хірургічне лікування* у відповідних пацієнтів.

10. *Організувати довготривале спостереження.*

12. Завдання для самостійної роботи

Опрацювати тему згідно з рекомендованою літературою.

Порівняти старий та сучасний підходи до оцінки ожиріння.

Скласти схему обстеження пацієнта з ожирінням у первинній ланці.

Підготувати таблицю сучасних препаратів для лікування ожиріння із зазначенням їх переваг та обмежень.

Проаналізувати місце метаболічної хірургії в сучасному лікуванні ожиріння.

Розв'язати клінічні ситуаційні задачі.

13. Практичні навички з теми

1. Розраховувати ІМТ та оцінювати ступінь ожиріння.
2. Вимірювати окружність талії та інтерпретувати результат.
3. Виявляти ожиріння-асоційовані захворювання.
4. Формувати індивідуальні цілі лікування.
5. Складати базовий план немедикаментозного лікування.
6. Орієнтовно визначати показання до фармакотерапії.
7. Оцінювати показання до направлення пацієнта на спеціалізоване лікування або хірургічну консультацію.

14. Ситуаційні задачі

1. Жінка 42 р. звернулася зі скаргами на поступове збільшення маси тіла протягом 8 років, задишку при навантаженні, денну сонливість, підвищення артеріального тиску до 150/95 мм рт. ст. Зріст — 164 см, маса тіла — 96 кг. Окружність талії — 108 см. HbA1c — 6,2 %. Тригліцериди підвищені. Фізична активність низька.

Запитання:

Розрахуйте ІМТ.

Які ускладнення ожиріння слід підозрювати в цієї пацієнтки?

Які першочергові цілі лікування?

Чи достатньо лише рекомендацій щодо способу життя?

Які напрями подальшого обстеження доцільні?

Орієнтовна відповідь:

ІМТ ≈ 35,7 кг/м², тобто ожиріння II ст. Потрібно оцінити наявність АГ, прediабету, обструктивного апное сну, дисліпідемії, стеатозу печінки. Лікування має бути комплексним: структурована модифікація способу життя, оцінка показань до фармакотерапії, моніторинг кардіометаболічних ризиків.

2. Чоловік 51 р. з ожирінням і цукровим діабетом 2-го типу. ІМТ – 33,8 кг/м². Отримує метформін, має HbA1c 8,1 %, артеріальну гіпертензію та ознаки жирової хвороби печінки. Протягом року неодноразово намагався схуднути самостійно, але результат нестійкий.

Запитання:

Чому цього пацієнта не слід лікувати лише загальними порадами щодо дієти?

Який сучасний принцип вибору лікування ожиріння є найбільш важливим у цьому випадку?

Які супутні хвороби повинні вплинути на вибір препарату?

Коли слід розглядати метаболічну хірургію?

Орієнтовна відповідь:

У пацієнта ожиріння з вираженою кардіометаболічною коморбідністю; отже, потрібен персоналізований підхід з урахуванням впливу лікування на масу тіла, глікемію, артеріальний тиск та печінкові показники. За недостатнього ефекту консервативної терапії доцільно розглядати метаболічну хірургію.

3. Жінка 36 р. після втрати 14 % маси тіла на тлі комбінованої терапії припинила приймати препарат самостійно через 5 міс, оскільки «вже схудла». Через 8 міс знову набрала більшу частину втраченої маси.

Запитання:

Яка типова помилка була допущена?

Чому ожиріння потребує тривалого ведення?

Які рекомендації щодо профілактики рецидиву треба було надати?

Орієнтовна відповідь:

Помилкою стало сприйняття лікування як короткого курсу. Ожиріння має рецидивний характер, тому після досягнення результату потрібні підтримувальна терапія, спостереження, самоконтроль маси тіла, фізична активність, харчова та поведінкова підтримка.

15. Тестові завдання

1. Ожиріння в сучасному розумінні – це:

A. Лише надлишок маси тіла.

B. Лише наслідок переїдання.

C. Хронічне, рецидивне, мультифакторне захворювання.

D. Виключно естетична проблема.

2. Який показник найчастіше використовують для первинного скринінгу ожиріння?

A. SpO_2.

B. Індекс маси тіла.

C. Рівень гемоглобіну.

D. Хвилинний об'єм серця.

3. Який додатковий показник допомагає оцінити центральне ожиріння?

A. Частота дихання.

B. Окружність талії.

C. Температура тіла.

D. Колір шкіри.

4. Яке зниження маси тіла вже має клінічну користь?

A. 1 %.

B. 2 %.

C. 5–7 %.

D. Лише понад 25 %.

5. Базою лікування ожиріння є:

A. Лише операція.

B. Лише фармакотерапія.

C. Модифікація способу життя.

D. Тільки голодування.

6. Сучасна фармакотерапія ожиріння повинна:

A. Призначатися без оцінки супутніх захворювань.

B. Використовуватися ізольовано без корекції способу життя.

C. Бути персоналізованою і поєднуватися з модифікацією способу життя.

D. Призначатися лише пацієнтам після хірургії.

7. Який із наведених підходів відповідає сучасним рекомендаціям?

A. Після втрати маси тіла лікування завжди слід одразу припиняти.

B. Ожиріння потребує довготривалого ведення та профілактики рецидиву.

C. ІМТ є єдиним показником, що має значення.

D. Поведінкова терапія не потрібна.

8. При виборі препарату для лікування ожиріння важливо враховувати:

A. Лише бажання лікаря.

B. Лише ціну препарату.

C. Коморбідність, безпеку, очікуваний ефект, доступність і вподобання пацієнта.

D. Лише вік пацієнта.

9. Метаболічна хірургія у сучасній медицині розглядається як:

A. Заборонений метод.

B. Виключно косметична процедура.

C. Науково обґрунтований варіант лікування у відповідно відібраних пацієнтів.

D. Метод, який не впливає на коморбідність.

10. Однією з типових помилок у веденні пацієнта з ожирінням є:

A. Оцінка супутніх захворювань.

B. Персоналізація лікування.

C. Стигматизуюча комунікація та відсутність довготривалого плану.

D. Моніторинг антропометричних показників.

Еталони відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C	*B*	*B*	*C*	*C*	*C*	*B*	*C*	*C*	*C*

16. Питання для самоконтролю

1. Чому ожиріння слід розглядати як хронічне захворювання, а не як поведінкову проблему?
2. Які обмеження має ІМТ у клінічній практиці?
3. Яке значення має окружність талії?
4. Які ускладнення ожиріння необхідно активно шукати у пацієнта?
5. Чому навіть помірне зниження маси тіла є важливим?
6. Які складові включає сучасна програма модифікації способу життя?
7. Які принципи лежать в основі вибору фармакотерапії ожиріння?
8. У чому полягає персоналізований підхід до лікування ожиріння?
9. Які показання до метаболічної хірургії?
10. Чому після досягнення цільової маси тіла не слід автоматично припиняти лікування?

17. Підсумок

Ожиріння є ключовою хворобою цивілізації, що формує значний внесок у кардіометаболічну, гастроентерологічну, ортопедичну, респіраторну та психосоціальну патологію. Сучасний підхід базується на розумінні його як хронічного, рецидивного та мультифакторного захворювання. Тому ефективне лікування повинне бути:

- раннім;
- персоналізованим;
- комплексним;
- тривалим;
- орієнтованим не лише на цифру маси тіла, а й на зменшення ускладнень та поліпшення якості життя.

Немедикаментозні заходи залишаються основою лікування, але сучасна фармакотерапія та метаболічна хірургія істотно розширили можливості допомоги пацієнтам. Для майбутнього фахівця важливо не лише знати перелік препаратів, а й розуміти логіку вибору стратегії лікування у конкретній клінічній ситуації.

Література

Основна

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Diabetes : Standards of Care in Diabetes – 2026. *Diabetes Care*. 2026. № 49 (Suppl. 1). P. 166–182.

2. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Obesity. Pharmacologic treatment of obesity in adults : Standards of care in overweight and obesity. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2026. 13 (Suppl. 1): e005729. Published 2026 Jan 13. DOI: 10.1136/bmjdrc-2025-005729

3. Framework for the pharmacological treatment of obesity and its complications from the European Association for the Study of Obesity (EASO) / B. McGowan et al. *Nature Medicine*. 2025. № 31. P. 3229–3232.

4. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity / F. Rubino et al. *Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2025. № 13. P. 221–262.

5. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders : Indications for metabolic and bariatric surgery / D. Eisenberg et al. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2022. № 18(12). P. 1345–1356.

Допоміжна

6. Wadden T. A., Tronieri J. S., Butryn M. L. Lifestyle modification approaches for the treatment of obesity in adults. *American Psychologist*. 2020. № 75(2). P. 235–251.

7. Healthy weight loss maintenance with exercise, liraglutide, or both combined / J. R. Lundgren et al. *New England Journal of Medicine*. 2021. № 384. P. 1719–1730.

8. 5-year follow-up of the randomised diabetes remission clinical trial (DiRECT) of continued support for weight loss maintenance in the UK / M. E. J. Lean et al. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2024. № 12(4). P. 233–246.

9. Semaglutide in patients with obesity-related heart failure and type 2 diabetes / M. N. Kosiborod et al. *New England Journal of Medicine*. 2024. № 390(15). P. 1394–1407.

Навчальне видання

ОЖИРІННЯ ЯК ХВОРОБА ЦИВІЛІЗАЦІЇ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

Методичні вказівки
для самостійної роботи
студентів IV–VI курсів другого (магістерського) рівня
за спеціальністю «Медицина»

Упорядники Шелест Борис Олексійович
Капустник Валерій Андрійович
Садовенко Ольга Леонідівна
Прохоренко Василь Леонтійович

Відповідальний за випуск Б. О. Шелест



Редактор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А4. Ум. друк. арк. 3,0. Зам. № 26-79.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.