

Смернице за фармацеуте

Фармацеутска здравствена заштита особа прекомерне телесне масе и гојазних

Прекомерна телесна маса и гојазност представљају хронична штетна стања по организам, која се карактеришу прекомерним накупљањем телесних масти и повећањем телесне масе (ТМ). Процену индекса телесне масе (ВМI) треба вршити код свих пацијената најмање једном годишње.

| Обим струка | Ниво ризика |
|---------------|-------------|
| <94 cm (м) | низак |
| <80 cm (ж) | |
| 94-102 cm (м) | висок |
| 80-88 cm (ж) | |
| >102 cm (м) | веома висок |
| >88 cm (ж) | |

$$BMI = \frac{TM[kg]}{(висина[m])^2}$$

Узроци и фактори предиспозиције:

- неадекватна исхрана, калоријски унос већи од препорученог
- седентарни начин живота
- генетска предиспозиција
- полицистични оваријални синдром
- хипотиреозидизам
- Кушингов синдром
- примена лекова: тестостерон, прогестерон, естрогени и кортикостероиди; атипични антипсихотици; валпроинска киселина, карбамазепин; литијум; МАОИ; ТЦА; бета блокатори

ПРЕКОМЕРНА ТЕЛЕСНА МАСА И ГОЈАЗНОСТ

Процена степена ризика по здравље

| BMI | Обим струка | | | присутни коморбидитети |
|--|-------------|-------------|-------------|------------------------|
| | низак ризик | висок ризик | веома висок | |
| Прекомерна ТМ (BMI 25-29,9 kg/m ²) | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Гојазност I (BMI 30-34,9 kg/m ²) | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Гојазност II (BMI 35-39,9 kg/m ²) | 3 | 3 | 3 | 4 |
| Гојазност III (BMI ≥40 kg/m ²) | 4 | 4 | 4 | 4 |

Присутни разлози за упућивање лекару

ДА

НЕ

На основу процене ризика

Степен ризика 1
САВЕТОВАЊЕ о одржавању нормалне ТМ и здравом животном стилу

Степен ризика 2
САВЕТОВАЊЕ, дијета, физичка активност

Степен ризика 3
САВЕТОВАЊЕ, дијета, физичка активност и ТЕРАПИЈА

УПУЋИВАЊЕ ЛЕКАРУ

- уколико је неопходна процена основне болести која је узрок гојазности
- присутни коморбидитети као последица прекомерне ТМ
- присутни додатни фактори ризика за развој КВ болести (предијабетесно стање, дијабетес, хипертензија, дислипидемија)
- пацијенти са неконтролисаним ангином пекторис и срчаном инсуфицијенцијом
- степен ризика по здравље 4
- промена начина исхране и физичка активност не дају очекиване резултате за 6 месеци
- деца и адолесценти

НЕ

ПРАЋЕЊЕ ИСХОДА за 3 месеца (уколико је прописан лек, једном месечно у току прва 3 месеца).
ПОБОЉШАЊЕ

ДА

Наставити са нефармаколошким мерама (дијета, физичка активност).
Мотивисати пацијента да настави са добрим животним навикама и одржи ТМ у наредних 6 месеци. САВЕТОВАЊЕ

САВЕТОВАЊЕ

Приступ избора за смањење ТМ је мултикомпонентна интервенција: промена животних навика, повећање физичке активности или смањење неактивности, побољшање нутритивних навика и квалитета исхране и смањење енергетског (калоријског) уноса. Приликом бирања третмана треба размотрити индивидуалне потребе и околности, ниво ризика на основу *BMI* и обима струка, као и придружене коморбидитете.

- **објаснити утицај смањења телесне масе на здравље:** повољни ефекти на ниво липида, гликемију, крвни притисак, расположење, фертилитет, смањење морталитета повезаног са дијабетесом, смањење укупног морталитета.
- **дијета:** основу чини обезбеђивање калоријског дефицита (унос<потрошње). Особе са прекомерном ТМ и гојазношћу степена I треба да смање дневни калоријски унос за око 600 *kcal*. За жене је препоручен дневни унос од 1000-1200 *kcal*, а за мушкарце 1200-1500 *kcal*. Овакав енергетски дефицит обезбеђује губитак од око 0,45 *kg* недељно и 10% почетне ТМ за 6 месеци. Особама са степеном гојазности II или III потребан је већи енергетски дефицит од 500–1000 *kcal*/дневно, што обезбеђује губитак од око 0,45-0,9 *kg* недељно и 10% почетне ТМ за 6 месеци. Није доказана јасна предност ниједне дијете у односу на остале. Избежавати пржену храну, пића и кондиторске производе богате шећером и мастима, “брзу” храну. Базирати оброке на скробним намирницама (кромпир, хлеб, пиринач, тестенина, бирајући намирнице целог зрна где је то могуће); уносити храну богату влакнима (житарице, грашак, пасуљ, сочиво, воће и поврће); јести најмање 5 порција воћа и поврћа дневно; од намирница које су извор протеина (месо, риба, јаја, махунарке) бирати мање масне алтернативе, у мањој количини, јести 2 порције рибе недељно; уносити мању количину масти и укупних калорија; ограничити унос соли на 6 *g* дневно; увести редовно доручак; ограничити унос алкохола.
- **физичка активност:** препорука је 45-60 минута/дан 5 пута недељно умерене физичке активности (брза шетња). Потребно је увести физичку активност у рутински план. Минимизирати седентарне активности, попут претераног седења, гледања телевизије, рада на рачунару итд.
- **промена начина живота:** охрабрити пацијента да постави реалне циљеве. Потребно је да сам пацијент на дневном нивоу мери ТМ, као и да бележи дневни калоријски унос.
- пацијентима са **удруженим коморбидитетима** потребна је консултација нутриционисте за израду детаљног плана за исхрану (садржаја макро- и микро-нутријената).
- **дискутовати о евентуалним проблемима и баријерама** које отежавају губитак ТМ
- **одржавање постигнуте ТМ:** губитак ТМ највећи у првих 6 месеци, потом следи плато и постепено повећање ТМ. Стога је битно развити стратегију за одржавање постигнуте ТМ, помоћу дијете са смањеним калоријским уносом и бављењем физичком активношћу (60 минута брзог хода или 30 минута лаганог трчања дневно).
- неопходна је **активна и интензивна контрола болести узрокованих гојазношћу**, као и фактора ризика за развој КВБ, без обзира да ли је пацијент постигао смањење ТМ.

ПРАЋЕЊЕ ИСХОДА

Пратити губитак ТМ за 3-6 месеци. Уколико је <10%, размотрити упућивање пацијента лекару ради прописивања терапије. Уколико је прописан лек, праћење се врши једном месечно у току прва 3 месеца.

ТЕРАПИЈА

Орлистат смањује ресорпцију масти из ГИТ-а. Уводи се код особа са *BMI* ≥ 30 *kg/m*² и *BMI* ≥ 28 *kg/m*² са придруженим дијабетесом, хипертензијом, коронарном болешћу или опструктивном *sleep apnea*-ом, уз нефармаколошке мере. Лек никад не би требало користити самостално у третману смањења ТМ. Није предвиђен за дужу употребу. Уколико се за 12 недеља од почетка примене не постигне смањење ТМ од 5% од почетне, примену треба обуставити. Нема релевантних индикација за употребу код деце. Препорука је да се истовремено примењују липосолубилни витамини. Уколико се користе витамински суплементи, потребно је направити размак од најмање 2 сата по узимању орлистата или пред спавање. **Дозирање:** 120 *mg* непосредно пре, за време или највише 1 сат после сваког главног obroka. Ако се оброк пропусти, или не садржи масноће, треба прескочити дозу орлистата. **НРЛ:** главоболја, инфекције дисајних путева и уринарног тракта, нередовне менструације, умор, анксиозност, хепатотоксичност, масна столица, флатуленција, абдоминални болни грчеви, ургенција пражњења црева. **КИ:** хронична малапсорпција, холестаза, дојење.

Бупропион + налтрексон (90 *mg* + 8 *mg*, табл. са продуженим ослобађањем). Уводи се код особа са *BMI* ≥ 30 *kg/m*², и *BMI* ≥ 27 *kg/m*² са придруженим дијабетесом, дислипидемијом или контролисаним хипертензијом. Уколико се за 16 недеља од почетка примене не постигне смањење ТМ од 5% од почетне, примену треба обуставити.

Дозирање: 1. недеља - једна таблета ујутру; 2. недеља - једна таблета ујутру, једна увече; 3. недеља - две таблете ујутру, једна увече; 4. недеља и надаље - две таблете ујутру, две увече
НРЛ: осип, несаница, артралгија, мијалгија, опстипација.
КИ: неконтролисана хипертензија, биполарни поремећај.

За хитозан, кофеин, *L*-карнитин и биљне препарате нема довољно доказа о ефикасности.

Напомена: Додатне информације о препаратима погледати у Сажетку карактеристика лека.

1. Agencija za lekove i medicinska sredstva (ALIMS). <http://www.alims.gov.rs>
2. BMJ Best Practice. BMJ Publishing Group Limited. 2020. Obesity in adults. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/211>
3. British National Formulary 78, 2019 (BNF). <http://bnf.org>
4. Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. 2006.
5. Dietz W, Baur L et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet* 2015;385:2521–2533.
6. Jensen MD et al. AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. 2013.
7. NICE guidelines. Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. 2014.
8. SIGN guidelines. Management of Obesity. 2010.
9. U.S. Pharmacist. Lamb M. New Treatment Modalities for Obesity. 2013;38(4):48-52.