

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТРЕТМАН НА ДЕБЕЛИНА**

#### **Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при третман на дебелина.

#### **Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при третман на дебелина е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при третман на дебелина по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

#### **Член 4**

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при третман на дебелина („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

#### **Член 5**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2377/1

27 февруари 2015 година

Скопје

**МИНИСТЕР**

**Никола Тодоров**

---

## ТРЕТМАН НА ДЕБЕЛИНА

МЗД Упатства  
28.11.2013

- Основни податоци
- Пристапи за третман
- Кратки интервенции
- Основен третман за дебелина
- Многу ниско-калорична диета (МНКД)
- Лекови за третман на дебелина
- Поврзани докази

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Достапни се ефикасни методи за третман на дебелината (ннд-А).
- Потребно е да се постават реални цели, околу 5-10% намалување на тежината.
- Методите на мотивационо интервјуирање ги подобруваат сваќањата за промените
- Пациентите мора да сакаат да ги направат потребните промени во навиките за исхрана и физичка активност.
- Некои пациенти самите успеваат да ја намалат тежината откако ќе разберат колку е тоа важно и ќе ги добијат потребните информации.
- Кај многу пациенти потребна е професионално насочување и поддршка.

### ПРИСТАПИ ЗА ТРЕТМАН

1. Кратка интервенција. Кратко се дискутира за проблемот со тежината и на пациенто му се даваат релевантни совети после кои тој/таа ќе спроведе без помош намалување на тежината.
2. Основен третман за дебелина, постепенa и перманентна измена во стилот на живот преку советување и насочување
  - Ова е основниот третман за дебелина кој одговара за сите
  - Обично се изведува во група која се состанува 6-10 пати.
  - Индицирано кај пациенти со умерена дебелина, и во повеќето случаи на тешка дебелина; треба да се вклучи во сите форми на медицински третман независно која болест се третира.
3. Запознавање со многу ниско-калорична диета (МНКД) заедно со советување
  - Индицирана главно кај тешка до морбидна дебелина.
  - Може да се користи кај умерена дебелина ако основниот третман за дебелина не постигнал успех и постои строга индикација за намалување на тежината (болест поврзана со дебелината).
4. Лекови (орлистат)
  - Се користи како алтернатива кога другите пристапи ќе се покажат како неуспешни.
  - Треба да бидат придружена со советување за промени во начинот на животот
5. Хируршки третман 1
  - Соодветен за селектирани пациенти со тешка до морбидна обезност (види критериуми подолу).

### КРАТКИ ИНТЕРВЕНЦИИ

- Секогаш кога е возможно, на контролните прегледи, треба да се разговара со пациентот за неговата прекумерна тежина

- Дobar пристап е често да се мери пациентот што ја прави полесна дискусијата за неговата тежина.
- Соодветно неутрално прашање за отпочнување на дискусијата е: “Како се чувствувате за вашата тежина?”
- Дискусијата потоа се продолжува со отворени прашања како “Што мислите за вашите навики во јадењето?”
- Тогаш на пациентот му се даваат кратки информации за принципите на слабеењето (дебелината влошува многу заболувања, со губиток на само неколку килограми ќе се намали ризикот за заболувањата поврзани до дебелината (ннд-В), зголемување на количината на овошје и зеленчук во исхраната е многу корисно и сл.)
- Треба да се охрабри секој пациент редовно да ја мери неговата/нејзината тежина(најмалку еднаш неделно), барем де се осигури дека тежината не продолжува да се зголемува (обично обезните лица градуално зголемуваат тежина во текот на годините).
- На пациентот треба да му се дадат пишани информации за намалување на тежината или да му се каже каде може да најде вакви информации.
- Напредокот во губење на тежината треба кратко да се дискутира во тек на следните контроли.

## ОСНОВЕН ТРЕТМАН ЗА ДЕБЕЛИНА

### Организација

- **Групниот третман** е поефтин и ефикасен како и индивидуалниот третман.
  - Се препорачуваат најмалку 6-10 средби во интервали на една седмица.
  - Големината на групата треба да биде од 10-15 лица
  - Едукацијата ја обавува медицинска сестра или диететичар со специјалност за третман за дебелина
- Примарната здравствена единица која ги организира групните сесии треба да даде пишани инструкции за менаџирањето на базичната терапија( принципи за регрутирање на пациентите во групите, следење на пациентите итн)
- Искуството покажа дека групите за намалување на телесната тежина не функционираат добро ако здравствената единица не назначи лекар кој ќе биде одговорен за менаџирањето на обезноста. Ова има дава можност на главните во групата да разговараат за проблематичните пациенти и други прашања кои ќе произлезат.

### Селекција на пациенти

- Само мал дел од натхранетите пациенти можат да се вклучат во основен третман за дебелина и поради тоа треба да се бираат пациенти со можност да имаат корист од третманот.
- Основниот третман за дебелина треба да се понуди на обезни пациенти со новоткриен тип 2 дијабетес.
- Други индикации за основен третман за дебелина вклучува присуство на метаболен синдром, sleep апнеа и други заболувања поврзани со дебелина.
- Колку е помлад пациентот толку е поважно да му се понуди основен третман за дебелина.
- Третманот треба да се понуди на пациенти постари од 65 години само во посебни околности.

### Цели кои може да се мерат

- **Прифгатливо намалување на телесната тежина е околу 0.5 kg/неделно.** Можно е и поспоро намалување на тежината.
- Целта е да се намали телесната тежина за 5-10%, што овозможува сигнификантно подобрување на третманот на другите заболувања кои се поврзани со дебелината.

- Целта секогаш треба да биде да се задржат постојано резултатите кои се постигнати, што значи постојани промени во начинот на живот.

### Цели и содржина на советувањето

- Треба да се следат принципите на мотивационото интервјуирање: самиот пациент си ги мониторира и проценува своите диетарни навики и навиките во исхраната, и според знаењето дадено од инструкторот решава кои промени треба да се направат.
- Најважна цел треба да биде промената во навиките, а не „да се опседнува со вагата“.
- Користењето на енергијата се намалува со намалување на телесната тежина. Одржувањето на телесната тежина е овозможена доколку **промените во навиките на живот се постојани**.
- Промените треба да се изведуваат постепено, може да се почне со 1-2 промени и потоа со повеќе понатаму.
- Најважните начини за намалување на внесот на калории се наведени подолу.
- Промени во оброците (ннд-А)
  - Основата треба да е во намалување на калорискиот внес со намалување на количината на масти (ннд-В) и со зголемување на количината на зеленчук во исхраната(примена на различни модели на “здрава чинија”).
  - Течните млечни продукти треба да бидат обезмастени, а другите напитки да бидат без калории (вода, газирани пијалаци без шеќер).
  - Намалување на прекумерен внес на алкохол.
  - Треба да се избегнуваат големи количини храна.
  - Мали дневни промени се ефикасни на долотраен план.
  - Потребни се три главни оброци, закуски по потреба.
- Промени во физичката активност (ннд-А)
  - Типови на вежби кои се погодни и кои му одговараат на пациентот.
  - Целта: најмалку пола час на ден, скоро секој ден.
  - Потребно е да се зголеми физичката активност за време на секојдневните активности (зголемување на мускулниот напор со качување по скали, пешачење или возење велосипед до работа)
  - Ако се користи педометар, целта треба да биде најмалку 10 000 чекори дневно.
- Промени во навиките на исхрана
  - Треба да се идентификува мотивацијата за јадење. Задоволство или глад?
  - На крајот од оброкот пациентот треба да процени кога тој/таа е сит/сита и да престане да јаде во тој момент.
  - Купување на храна треба да се изведува спрема претходно изготвена листа за купување.
  - Треба да се намали бројот на предизвиците (да нема храна богата со калории во близина)
  - Не треба да се прави ништо друго кога се јаде (гледање телевизија, читање на списанија и сл.)

### МНОГУ НИСКО-КАЛОРИЧНА ДИЕТА (МНКД)

- МНКД се состои од:
  - 1700-2100 KJ (400-500 kcal) на енергија, со максимум од 3300 KJ (800 kcal) на ден
  - Најмалку 50gr протеини на ден, се препорачува со цел да се осигура доволен внес на протеини, покрај диетарниот продукт и околу 100г ниско-калорично месо или риба секој ден.
  - Потребни се есенцијални масни киселини, елементи во траги и витамини
- Протокол
  - Диетата се состои од комерцијални формули кои ги исполнуваат критериумите за МНКД.

- Оваа диета ја хадоместува храната и не треба се консумира друга храна во период од 8-12 последователни недели. Диетата може да се прекине и порано ако се достигне ВМІ од  $25 \text{ kg/m}^2$ .
- Во текот на диетата пациентот се следи на интервали од 1-2 недели.
- МНКД одговара, на пример, за пациенти со тип 2 дијабетес и хипертензија. Пред да се започне МНКД кај пациентите со дијабетес мора да се прекине или значително да се намали третманот со инсулин, како и да се преполови дозата на сулфониуреја (ризик од хипогликемија). Дозата на другите лекови не треба да се намалува.
- Намалувањето на телесната тежина е  $1.5 \text{ kg} - 2 \text{ kg}$  неделно и брзото намалување на телесната тежина е за 2-2.5 пати поголемо од она кое се постигнува со основниот третман. Но, рандомизираните студии не покажаа значјна разлика во долготрајните резултати соредени со основниот третман изведен без МХКД.
- Само со оваа диета не можат да се постигнат постојани резултати и ако сакаме да го задржиме постигнатото треба да се продолжи со основниот третман што значи промена на навиките на живот.

## ЛЕКОВИ ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА ТЕЛЕСНА ТЕЖИНА

- Лекарствата не се универзален лек за третман на дебелината. Лекови треба да се пробаат кај пациенти кој имаат метаболен синдром или некои други заболувања поврзани со дебелината и кога промените во животниот стил не дале доволен резултат.
- Кога се препишува лек за намалување на тежината, на пациентот мора да му се дадат насоки во врска со промени на животниот стил.
- За лекови за намалување на дебелината треба да се размислува за оние со ВМІ преку  $30 \text{ kg/m}^2$  (или преку  $27-28 \text{ kg/m}^2$  во присуство на дијабетес или друго заболување кое бара намалување на тежината)
- Пациентот треба да биде информиран дека третманот со лекови може да трае неколку години. Кога ќе се запрат лековите, кај повеќето се гледа постепено враќање на тежината.
- Доколку телесната тежина не се намали сигнификантно за 3 месеци (најмалку 5% од почетната тежина), лековите треба да се прекинат.

## Орлистат

- Орлистат е инхибитор на липазата кој делува на дигестивниот тракт. Парцијално ја намалува апсорпцијата на мастите од исхраната. Орлистат не се ресорбира во крвта.
- Како резултат на начинот на делување на орлистатот, концентрацијата на LDL холестеролот ќе се намали повеќе отколку ако само се губи тежина.
- Кога се користи лекот, целта е да се ограничи внесот на масти со исхраната до 30% највеќе. Треба да се јадат ужинки со мала количина масти. Пациентот треба да добие доволно совети за правилна исхрана.
- Чести несакани ефекти се масни столица, ургентна потреба за дефекација и масен исцедок од ректумот ( $>1/10$  корисници), што е асоцирано со консумирање масна храна. (ннд-С)
- Орлистатот може да ја намали апсорпцијата на витамините растворливи во масти од гастроинтестиналниот тракт. При долготрајно користење на орлистат се препорачува земање мултивитамински препарати (не треба да се земаат во исто време со капсулите орлистат).
- Пациентите третирани со  $120 \text{ mg}$  орлистат пред главен оброк, после 12 месеци, имаат просечен губиток во тежината од околу  $3 \text{ kg}$  повеќе во споредба со пациенти третирани само со плацебо (ннд-В). Бројот на пациенти кои изгубиле повеќе од 10% од почетната тежина е 12% поголем со орлистат во споредба со плацебо.
- Клиничкиот бенефит, во смисол на морбидитет и морталитет, добиен од краткотрајното намалување на тежината постигната со орлистат, останува недокажан.

## ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

### Cochrane осврти

- Хром пиколинат суплементација може да резултира со скромна редукција во тежината кај обезни или лица со прекумерна тежина споредено со плацебо, но доказите не се доволни. Податоците за можните несакани ефекти недостасуваат. ннд D
- Подготвување на зелен чај може да биде поврзано со мала редукција на телесната тежина но под прашање е неговото клиничко значење.
- Низок гликемиски индекс може да го зголеми губитокот на тежина и да го подобри липидниот профил подобро од контролирани диета (ннд-С).
- Chitosan може да е поефикасен од плацебо во краткорочен третман кај натхранети и дебели но доказите доаѓаат главно од студии со слаб квалитет (ннд-С).
- Зголемена физичка активност (обично тренинг за издржливост) без промени во диетата ја намалува натхранетоста за само неколку kg (ннд-А).
- Терапија со интрагастричен балон се покажа дека не ја намалува тежината повеќе од конвенционалните терапии за дебелина и има ризик од несакани ефекти (ннд-В).
- Психолошки интервенции, особено бихејвиорални и когнитивно-бихејвиорални стратегии, го подобруваат намалувањето во тежината кај луѓе кои се натхранети или дебели. Тие се преобладајќи корисни кога се комбинираат со диета и стратегија за физичка активност (ннд-А).
- Прлистат се покажа дека ја намалува тежината и крвниот притисок кај хипертензивните пациенти за кратко време, но долгорочни ефекти и ефект на морталитетот и кардиоваскуларниот морбидитет не се јасни (ннд-В).

### Други докази збирно

- Guar gum не е ефикасен за намалување на тежината и предизвикува несакани ефекти (ннд-А).
- Ephedrine, ephedrine плус caffeine, или додатоци во исхраната кои содржат ephedra може да се ефикасни за предизвикување умерен краткотраен губиток на тежина во споредба со плацебо (ннд-С).
- Мотивациони испитувања во научни услови може да бидат ефикасни во треманот на широк спектар на проблеми во одбесувањето и ризик фактори (ннд-В).
- Третман на случај со личен контакт се покажа ефикасен начин за подршка за одржување на губитокот на тежината кај натхранети или едбели адулти со додатни кардиоваскуларни ризик фактори (ннд-В).
- Физичка активност комбинирана со ниско-калорична диета се покажа дека го подобрува намалувањето на тежината со не повеќе од неколку килограми во споредба со само ниско-калорична диета (ннд-В).
- Акупунктурата изгледа нема ефект на намалување на тежината иако нема докази од контролирани студии (ннд-Д).
- Односот струк-колк изгледа има високо сигнификантна асоцијација со ризик за миокарден инфаркт во повеќето етнички групи во целиот свет. Користењето на односот струк-колк наместо ВМІ изгледа го подобрува проценетиот ризик за миокарден инфаркт (ннд-В).
- Губитокот во тежина изгледа го подобрува квалитетот на живот во врска со здравјето во некои студии, но ефектот веројатно е мал и студиите се со слаб квалитет (ннд-Д).
- Лекувањето на случај со личен контакт се покажа ефикасен начин за подршка во одржувањето на губитокот на тежина кај натхранети или дебели адулти со додатни кардиоваскуларни ризик фактор (ннд-В).

### Литература

- Eckel RH. Clinical practice. Nonsurgical management of obesity in adults. N Engl J Med 2008 May 1;358(18):1941-50. PubMed

- Padwal RS, Majumdar SR. Drug treatments for obesity: orlistat, sibutramine, and rimonabant. *Lancet* 2007 Jan 6;369(9555):71-7. PubMed
- Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, Boldrin M, Golay A, Koppeschaar HP, Krempf M. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. European Multicentre Orlistat Study Group. *Lancet* 1998 Jul 18;352(9123):167-72. PubMed
- Noël PH, Pugh JA. Management of overweight and obese adults. *BMJ* 2002 Oct 5;325(7367):757-61. PubMed
- Mustajoki P, Pekkarinen T. Very low energy diets in the treatment of obesity. *Obes Rev* 2001 Feb;2(1):61-72. PubMed
- Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr* 2001 Nov;74(5):579-84. PubMed
- Sjöström L. Surgical intervention as a strategy for treatment of obesity. *Endocrine* 2000 Oct;13(2):213-30. PubMed
- McTigue KM, Harris R, Hemphill B ym. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ, Lohr KN. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003 Dec 2;139(11):933-49. PubMed
- Li Z, Maglione M, Tu W, Mojica W, Arterburn D, Shugarman LR, Hilton L, Suttorp M, Solomon V, Shekelle PG, Morton SC. Meta-analysis: pharmacologic treatment of obesity. *Ann Intern Med* 2005 Apr 5;142(7):532-46. PubMed
- Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M et al; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006 Nov 11;368(9548):1673-9. PubMed
- Galani C, Schneider H. Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2007;52(6):348-59. PubMed
- Rucker D, Padwal R, Li SK, Curioni C, Lau DC. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *BMJ* 2007 Dec 8;335(7631):1194-9. PubMed
- Автор: Partti Mustajoki Article IS: ebm00500 (024.002) ©2013 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM-Guidelines, 28.11.2013, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до декември 2015 година.**

**Упатството го ажурирал-Д-р.Билјана Зафировска  
Координатор-Проф.Д-р. Катица Зафировска**