

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№ _____

СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ОЖИРІННЯ У ДОРΟΣЛИХ

2023

[illegible]

Загальна частина

Назва діагнозу: Ожиріння

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

Е.66.0 Ожиріння внаслідок надлишку калорій

Е.66.1 Ожиріння викликане лікарськими препаратами

Е.66.2 Надлишкове ожиріння із альвеолярною гіповентиляцією (синдром Піквіка)

Е.66.3 Надлишкова маса тіла

Е.66.8 Морбідне ожиріння

Е.66.9 Ожиріння неуточнене

Е.67.8 Інше уточнене надлишкове харчування

Е.68. Наслідки надлишкового харчування (не використовується для хронічного переїдання)

Розробники:

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

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
------------------------------	--

Дата оновлення стандартів – 2029 рік

Список умовних позначень та скорочень

АГ – артеріальна гіпертензія

АТ – артеріальний тиск

ІМТ – індекс маси тіла

ІХС – ішемічна хвороба серця

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

МТ – маса тіла

НадМТ – надлишкова маса тіла

ОТ – окружність талії

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ТГ – тригліцериди

ХС ЛПВЩ – холестерин ліпопротеїди високої щільності

ХС ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїди низької щільності

ЦД – цукровий діабет

Розділ І. Організація надання медичної допомоги дорослим пацієнтам з ожирінням

1. Положення стандарту медичної допомоги

Ведення пацієнта з ожирінням або надлишковою масою тіла (НадМТ), спрямоване на розуміння індивідуальних життєвих обставин і первинних причин ожиріння, що дає змогу розробити персоналізовані плани з їх подальшою інтеграцією в довгострокове терапевтичне спостереження таких осіб.

2. Обґрунтування

Упереджені уявлення щодо маси тіла (МТ) у ЗОЗ можуть знизити якість медичної допомоги пацієнтам з ожирінням. Ключовим фактором зменшення упередженості, стигматизації та дискримінації в ЗОЗ є усвідомлення працівниками власного ставлення стосовно людей з ожирінням та організація надання таким пацієнтам раціональної медичної допомоги відповідно до алгоритму ведення пацієнтів з ожирінням, наведений у додатку 1 до цих Стандартів. Рекомендовано зібрати докладний анамнез для виявлення первинних причин збільшення МТ, а також фізичних, психічних і психосоціальних бар'єрів. Доведена ефективність застосування багатокомпонентних програм медичної допомоги, які мають включати персоналізовані стратегії ведення ожиріння.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) ЗОЗ для лікування осіб з ожирінням мають бути обладнані спеціальним устаткуванням, наприклад: спеціальними стільцями, кушетками й обладнанням для зважування та проведення інших обстежень (ваги до 250 кг, тонометр з великої манжетою, довга сантиметрова стрічка). ЗОЗ, які надаватимуть медичну допомогу пацієнтам з ожирінням, ІМТ яких перевищує 40 кг/м², повинні мати доступ до спеціального обладнання, зокрема великих ліжок і пристроїв для променевих обстежень.

2) Медичним працівникам необхідно брати дозвіл у пацієнтів перед обговоренням проблем НадМТ або проведенням антропометричних вимірювань

3) Пропагувати цілісний підхід до МТ і власного здоров'я з акцентом на поведінкові особливості пацієнтів, зосереджуючись на модифікації способу життя й основних причинах збільшення МТ, але уникаючи стигматизації та надто спрощених формулювань, як-от «їжте менше та рухайтесь більше».

4) Для боротьби з НадМТ й ожирінням слід першочергово застосовувати поведінкові заходи (харчування, фізичні вправи, спосіб життя), які можна поєднувати з фармакотерапією.

Бажані:

5) Планувати програму контролю МТ на основі особистих уподобань пацієнта, стосовно харчування, вихідного рівня фізичної форми, стану здоров'я та способу життя пацієнта.

6) Необхідне усвідомлення лікарями та пацієнтами ризиків циклічності коливань МТ і приймати стратегії, орієнтовані на стійкі зміни, щоб якнайдовше зберегти навички здорового способу життя.

7) 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.

8) 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 ефективної підтримки людей з ожирінням.

Розділ II. Діагностика надлишкової маси тіла або ожиріння в дорослих

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз надлишкова маса тіла або ожиріння у дорослих встановлюється на підставі розрахунку індексу маси тіла (ІМТ).

Окрім цього важливим є оцінка ризиків для здоров'я, асоційованих із НадМТ або ожирінням, яка має проводитися за допомогою обчислення ІМТ й окружності талії (ОТ) разом із загальноклінічним обстеженням.

2. Обґрунтування

Індекс маси тіла та окружність талії є найбільш об'єктивними показниками у дорослих щодо встановлення діагнозу надлишкової маси тіла або ожиріння. Проте, слід враховувати, що показник ІМТ у дорослих осіб із високим вмістом м'язової маси може бути менш надійним свідченням щодо наявності ожиріння. Також, НадМТ або ожиріння є фактором ризику тяжкого перебігу коморбідної патології у пацієнтів, тому є необхідним виявлення та оцінка супутніх захворювань.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Кожному дорослому пацієнту, який звертається з приводу будь-якої патології, проводити антропометричні вимірювання: МТ (кожного візиту), зріст (якщо це: перший візит, дорослий пацієнт молодше 25 років, літній пацієнт, кожні 2-3 роки), з наступним обчисленням ІМТ та вимірюванням ОТ.

2) Діагностування НадМТ або ожиріння у дорослих пацієнтів здійснюється за допомогою обчислення ІМТ, що розраховується за формулою: маса (кг) / зріст (м²) відповідно до класифікації НадМТ, наведеної у додатку 2 до цих Стандартів.

3) Оцінка ризиків для здоров'я асоційованих із надлишковою масою тіла або ожирінням проводиться за допомогою розрахунку ІМТ та ОТ відповідно до додатку 3 до цих Стандартів.

4) Під час огляду пацієнта також слід оцінити наступне:

усі наявні симптоми;

усі причини, що лежать в основі НадМТ або ожиріння;

харчові звички;

наявність будь-яких коморбідностей (наприклад, ЦД 2 типу, артеріальної гіпертензії (АГ), серцево-судинних захворювань (ССЗ), остеоартриту, дисліпідемій та апное під час сну);

наявність будь-яких факторів ризику, виявлених при оцінці ліпідного профілю (бажано визначеного натще), вимірюванні АТ і визначенні HbA1c;

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;

усі проблеми в стані здоров'я та прийом лікарських засобів;

роль сім'ї та соціальних працівників у підтримці осіб з обмеженими можливостями навчання у спробах змінити спосіб життя.

5) Провести диференційну діагностику з ендокринними захворюваннями / порушеннями, що спричиняють ожиріння чи беруть участь у його формуванні, наведених у додатку 4 до цих Стандартів.

Бажані:

6) Проводити психологічний скринінг усіх пацієнтів з надлишковою масою тіла або ожирінням щодо наявності проблем психічного здоров'я за допомогою стандартизованих опитувальників щодо наявності тривоги та депресії (відповідно до чинних галузевих стандартів в сфері охорони здоров'я).

7) У разі наявності показань спрямовувати пацієнтів до спеціаліста з психічного здоров'я.

8) Задля визначення м'язової та/або жирової маси тіла пацієнтам може бути рекомендовано зважування на вагах-імпендансометрії.

Розділ III. Профілактика ожиріння у дорослих

1. Положення стандарту медичної допомоги

Профілактика ожиріння направлена на попередження ускладнень та захворювань, асоційованих із НадМТ та ожирінням у дорослих пацієнтів.

2. Обґрунтування

Доведено ефективність універсальних засобів профілактики ожиріння, які слід починати у дитинстві та продовжувати протягом життя людини.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Сприяти і брати участь у постійній освітній роботі щодо здорового харчування та фізичної активності дорослих та громади взагалі; заохочувати проведення освітніх заходів щодо здорового харчування.

2) Рекомендувати пацієнтам дотримуватися здорової харчової поведінки та здорового вибору у харчуванні, зокрема:

уникати споживання висококалорійних, бідних поживними речовинами харчових продуктів (наприклад, підсолоджені напої, спортивні напої, фруктові напої, більшість страв «фаст-фуд», або продукти з додаванням столового цукру, продукти з високим вмістом жиру та трансжирів, або харчові продукти з високим вмістом солі, висококалорійні закуски);

заохочувати до споживання цільних фруктів, овочів, молочних продуктів із низьким вмістом жиру, цільнозернових злаків;

тривалість основного прийому їжі 20-30 хв. та 10-20 хвилин – на перекуси

3) Рекомендувати всім пацієнтам щонайменше 150 хвилин енергійної фізичної активності впродовж тижня для поліпшення метаболічного здоров'я та зменшення ймовірності розвитку ожиріння.

Заохочувати людей, які мали ожиріння та зменшили масу тіла до фізичної активності 60-90 хвилин на день у більшість днів тижня для уникнення повторного збільшення маси тіла.

4) З обережністю призначати препарати, які можуть вплинути на масу тіла пацієнта, надавати перевагу альтернативним препаратам, які не мають впливу на масу тіла пацієнта. Якщо ж альтернативи немає, лікар повинен обговорити ризик із пацієнтом і контролювати збільшення маси тіла.

5) Рекомендовано пацієнту під час зниження МТ контролювати прогрес за допомогою періодичних зважувань, а саме щонайменше один раз на тиждень з наступним документуванням результату задля відстеження динаміки зміни МТ.

6) Застосовувати більш детальні рекомендації щодо харчування та фізичної активності через більші ризики збільшення МТ для певних категорій пацієнтів, а саме: вагітні жінки або жінки у період менопаузи, пацієнти, які покидають палати, пацієнти, які мають тривожно-депресивні розлади, пацієнти, які мають змінені біоритми (позмінна або нічна робота).

Бажані:

7) Застосовувати комплексні втручання щодо зміни поведінки, спрямовані на запобігання ожирінню. Такі програми мають бути інтегровані з програмами на рівні громади, щоб охопити найширшу аудиторію.

8) Якщо людина (або члени її сім'ї чи особи, що за нею доглядають) не відчуває, що даний час є вдалим 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.

9) Заохочуйте партнера/партнерку людини до підтримки будь-яких програм контролю маси тіла.

Розділ IV. Лікування ожиріння

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування людей із надлишковою масою тіла або ожирінням має бути комплексним, персоналізованим і довгостроковим та вимагає насамперед змін в харчуванні, фізичній активності та поведінкову терапію. Окрім цього, за необхідності, може застосовуватися фармакологічне та хірургічне лікування ожиріння.

2. Обґрунтування

Доведено, що персоналізована, довгострокова модифікація способу життя, яка охоплює поведінкову терапію, зміни в харчуванні та фізичній активності має позитивний вплив щодо зменшення маси тіла, покращення якості і тривалості життя в людей із ожирінням. Тому таким пацієнтам слід рекомендувати інтенсивні, адекватні віку, традиціям, сімейно-орієнтовані модифікації способу життя, що сприяють зниженню ІМТ. Поведінкова терапія допомагає визначити готовність людини до змін та виявити потенційні перешкоди для досягнення цих змін. Доцільно використовувати фармакотерапію та/або хірургічне лікування у пацієнтів, які не досягли цільового показника зниження МТ за допомогою лише модифікації способу життя.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Поведінкова терапія

Впроваджуйте до поведінкових втручань у 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.

2) Фізична активність

Врахувати поточний рівень фізичної активності та здатність виконувати навантаження. Заохочувати людей зменшити кількість часу, проведеного за неактивними заняттями на кшталт перегляду телевізійних програм, користування комп'ютером або відеоігор.

Рекомендовано оптимальний вид фізичної активності, наприклад:

активність, яку легко впровадити в щоденне життя (швидка ходьба, садівництво, велоспорт);

програми навантажень під керівництвом тренера;
інші види фізичної активності: плавання, ходьба (певна кількість кроків щодня), ходьби сходами.

Аеробна фізична активність (30-60 хвилин вправ помірної чи високої інтенсивності в більшість днів тижня).

3) Харчування

Пропонувати дорослим із будь-якою МТ персоналізовані 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. Алгоритм лікувального харчування при веденні пацієнтів з ожирінням наведено у додатку 5 до цих Стандартів.

Рекомендовано одну із наступних із врахуванням індивідуальних вподобань дієт:

середземноморський режим харчування для поліпшення контролю глікемії, ХС ЛПВЩ і ТГ, зменшення частоти серцево-судинних подій, зниження ризику виникнення ЦД 2 типу та збільшення реверсії метаболічного синдрому із незначним впливом на МТ й ОТ.

вегетаріанська дієта для поліпшення глікемічного контролю, ліпідних показників крові, включаючи ХС ЛПНЩ, і зниження МТ, ризику розвитку ЦД 2 типу, захворюваності та смертності від ІХС.

дієтичний режим із низьким глікемічним індексом знижує МТ, впливає на контроль глікемії, рівень ліпідів крові, включаючи ХС ЛПНЩ, АТ, ризик розвитку ЦД 2 типу й ІХС.

дієтичні підходи для досягнення контролю АГ, зменшення МТ й ОТ, покращення АТ, рівнів ліпідів, включаючи ХС ЛПНЩ, рівня СРП, контролю глікемії та зниження ризику розвитку ЦД, ССЗ, ІХС та інсульту.

скандинавський режим харчування для зниження МТ та її відновлення, зниження АТ, ліпідів крові, включаючи ХС ЛПНЩ, апо-В, ХС не-ЛПВЩ, зменшення ризику серцево-судинної та загальної смертності.

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.

Періодичне чи постійне обмеження калорій забезпечує досягнення певного, але короткочасного зниження МТ.

Дуже низькокалорійна дієта може бути багатокomпонентною стратегією зі зменшення МТ, але перед тим як її призначити, необхідно обговорити ризики та переваги цієї дієти

4) Фармакологічне лікування

Розглянути доцільність медикаментозного лікування лише після застосування й оцінки результатів зміни харчування, підвищення фізичної активності та поведінкового підходу.

Розглянути доцільність фармакотерапії в осіб, які не досягли цільового показника втрати МТ або досягли плато на тлі змін харчування, фізичної активності та поведінки.

Розпочати фармакотерапію, необхідно 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.

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

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.

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

Фармакотерапію для втрати МТ можна використовувати в осіб з $\text{ІМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$ або $\text{ІМТ} \geq 27 \text{ кг/м}^2$ та ускладненнями, пов'язаними з надлишком жиру в організмі. Фармакотерапія має поєднуватися з лікувальною дієтотерапією, фізичною активністю та психологічними методами. Для фармакотерапії ожиріння використовують препарати ліраглутид та орлістат.

Для осіб, які мають НадМТ або ожиріння та потребують фармакотерапії у зв'язку з іншими патологічними станами, рекомендовано обирати лікарські засоби, що не асоціюються з набором МТ.

5) Всі методи зміни способу життя повинні оцінюватися на візиті пацієнта до лікаря. Спочатку 1 раз на місяць для визначення динаміки змін МТ, ІМТ та ОТ впродовж декількох місяців до повного розуміння з боку пацієнта. У випадку відсутності змін переглянути причини недосягнення цільових показників. Темп бажаного схуднення 400-900 г/тиждень, або 3-4 кг/місяць. Цільові показники $\text{ІМТ} \leq 25 \text{ кг/м}^2$, ОТ для чоловіків $\leq 94 \text{ см}$, для жінок $\leq 80 \text{ см}$. Всі зміни повинні закріплюватися повторною інформованою згодою.

6) Хірургічне лікування.

Баріатрична хірургія може бути показана пацієнтам, які мають ожиріння та коморбідну патологію, що загрожує їх здоров'ю. Проводити баріатричну хірургію лише за таких умов:

- ожиріння III ступеня ($\text{ІМТ} \geq 40 \text{ кг/м}^2$);
- ожиріння II ступеня ($\text{ІМТ} = 35-39,9 \text{ кг/м}^2$) із тяжкими супутніми захворюваннями й метаболічними порушеннями (наприклад, АГ та ЦД 2 типу) за низької ефективності терапевтичних програм.
- хворі з ожирінням I ступеня ($\text{ІМТ} = 30-34,9 \text{ кг/м}^2$) 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.

Бажані:

7) Для корегування проблем психічного здоров'я, пов'язаних з ожирінням необхідна спільна робота медичних психологів, психотерапевтів та лікарів інших спеціальностей.

8) Заохочувати пацієнтів збільшувати рівень фізичної активності, 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) та дотримуватися рекомендованих рівнів активності для підтримки здорової МТ, застосовуючи спланований підхід та узгоджені цілі.

9) Пацієнти з ожирінням мають отримувати індивідуальну лікувальну дієтотерапію, яку призначає дієтолог (за можливості) для поліпшення показників МТ та ІМТ, ОТ, контролю глікемії, ліпідів й АТ.

10) Надавати інформацію щодо програм підтримки пацієнтів.

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

12) Фармакотерапію можна використовувати для тривалого зниження МТ, що досягають завдяки здоровому способу життя, та для запобігання її збільшенню.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у лікарів-ендокринологів, які надають медичну допомогу пацієнтам з ожирінням, клінічного маршруту пацієнта (КМП).

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у лікарів-ендокринологів, які надають медичну допомогу пацієнтам з ожирінням, КМП.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях стандарту медичної допомоги «Ожиріння у дорослих».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора:

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних стандартів медичної допомоги в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік - 90 %

2024 рік та подальший період - 100 %.

Інструкція з обчислення індикатора:

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями-ендокринологами, зареєстрованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів-ендокринологів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів-ендокринологів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів-ендокринологів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів-ендокринологів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП ведення пацієнтів з ожирінням.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями-ендокринологами.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

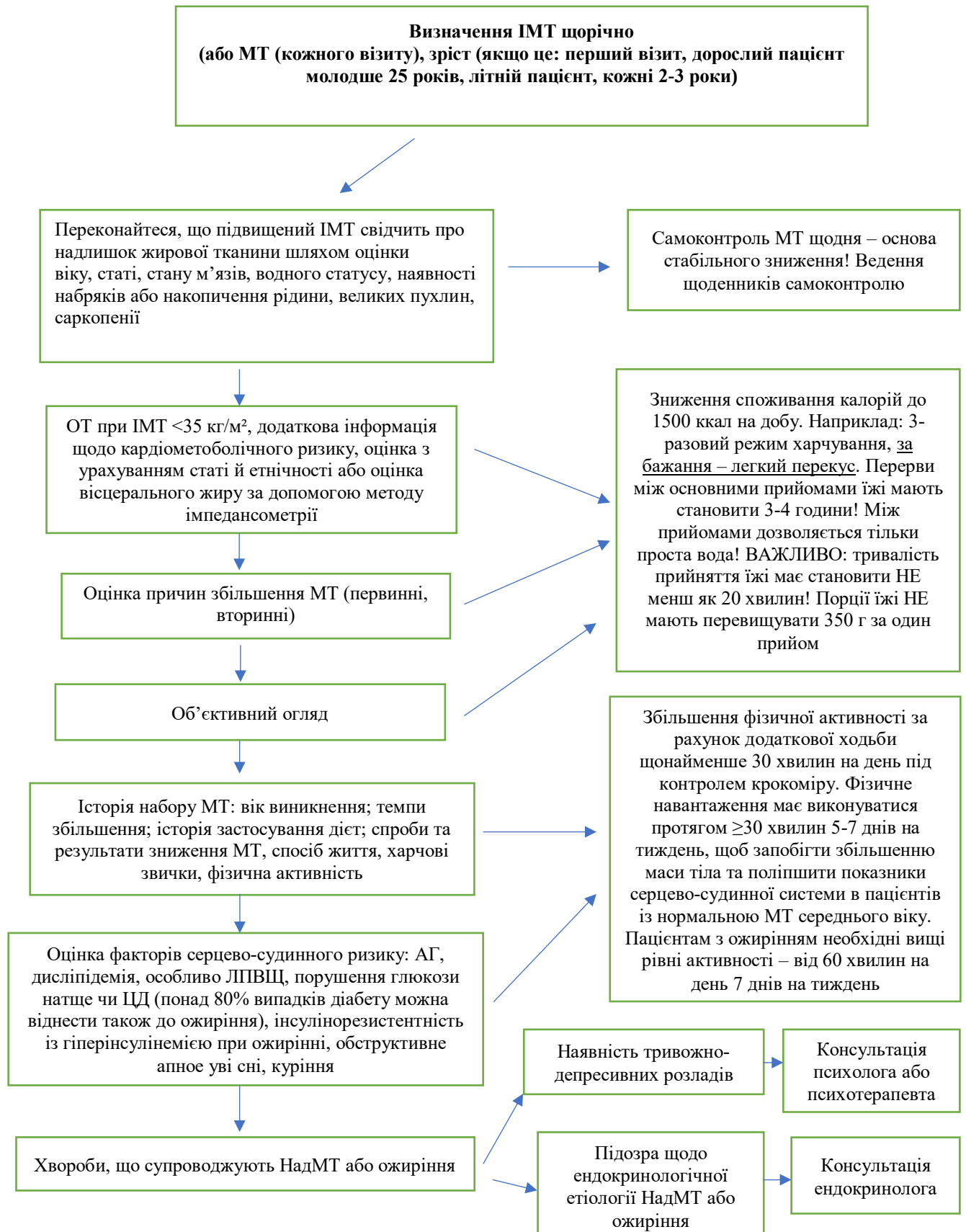
1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Ожиріння у дорослих», 2023.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 вересня 2020 року № 2136 «Деякі питання ведення Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2020 року за № 952/35235.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2020 року № 2755 «Про затвердження Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 січня 2021 року за № 44/35666.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**

Олександра МАШКЕВИЧ

Додаток 1
до стандартів медичної
допомоги «Ожиріння у дорослих»
(пункт 2 розділу І)

Алгоритм ведення пацієнта з ожирінням



Додаток 2
до стандартів медичної
допомоги «Ожиріння у дорослих»
(підпункт 2 пункту 3 розділу II)

Класифікація НадМТ або ожиріння

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
Ожиріння IV ступеню	≥50
Ожиріння V ступеню	≥60

Додаток 3
до стандартів медичної
допомоги «Ожиріння у дорослих»
(підпункт 3 пункту 3 розділу II)

**Первинна оцінка ризиків для здоров'я, асоційованих із НадМТ або
ожирінням**

Класифікація ІМТ	Показник окружності талії		
НадМТ	Низький	Високий	Дуже високий
Ожиріння І 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.

Додаток 4
до стандартів медичної
допомоги «Ожиріння у дорослих»
(підпункт 5 пункту 3 розділу II)

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 ІЧР-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, ІЧР-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., ТТГ

Додаток 5
до стандартів медичної
допомоги «Ожиріння у дорослих»
(підпункт 3 пункту 3 розділу IV)

Алгоритм лікувального харчування при веденні ожиріння

