

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00500&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00500. Лікування ожиріння

Автор: Kirsi Pietiläinen

Редактори оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa, Hanna Pelttari

Дата останнього оновлення: 2017-03-01

Основні положення

- Доступні ефективні методи лікування ожиріння.
- Необхідно визначати реалістичні цілі, схуднення, тобто зменшення ваги приблизно на 5-10%
- Методи мотиваційного інтерв'ю сприяють реалізації змін способу життя.
- Пацієнти повинні мати бажання внести необхідні зміни в свої дієтичні звички та режим фізичної активності.
- Деяким пацієнтам вдається зменшити вагу самостійно після здійснення первинної оцінки ситуації та одержання необхідної інформації та заохочення у закладах охорони здоров'я.
- Багатьом пацієнтам необхідно надавати довготривалу підтримку і допомогу

Підходи до лікування [доказ D] [доказ B] [доказ B] [доказ B] [доказ A]

1. Короткі втручання. Проблема зайвої ваги коротко обговорюється, пацієнт отримує відповідну консультацію, після чого він/вона буде працювати над зниженням ваги самостійно .
2. Поступова та постійна модифікація способу життя шляхом консультування та надання необхідної допомоги
 - Це "базове" лікування ожиріння, придатне для усіх.

- Зазвичай, проводиться в групі, зустрічі якої відбуваються 6-15 разів. Показана при легкому та помірному ожирінні, і в більшості випадків тяжкого ожиріння; повинна бути включена у всі види медичного лікування, незалежно від основного захворювання.
3. Застосування дуже низькокалорійної дієти (ДНКД) разом із рекомендаціями
- Показане в більшості випадків при тяжкому (ІМТ > 35) та хворобливому (ІМТ > 40) ожирінні.
 - Може також використовуватись при ожирінні середнього ступеню тяжкості (ІМТ > 30), якщо просто рекомендації самі по собі були невдалими, і є абсолютні показання для зниження ваги (захворювання, пов'язані з ожирінням).
4. Медикаментозна терапія (орлістат, а пізніше також ліраглутид, який затверджений в ЄС для лікування ожиріння, але не завжди присутній на ринку в усіх країнах із цим показанням до призначення)
- Може розглядатися як альтернатива, коли інші методи лікування виявились неефективними.
 - Медикаментозна терапія завжди повинна супроводжуватися консультуванням щодо зміни способу життя.
5. Хірургічні методи лікування [настанова 01025] [Баріатрична хірургія (хі...)]
- Розглядаються для окремих пацієнтів із тяжким і хворобливим ожирінням (див. критерії нижче).
 - Оцінка показань для хірургічного лікування проводиться в умовах закладів спеціалізованої медичної допомоги.

Коротке втручання [доказ 05761] [доказ 01073]

- Проблема надмірної ваги пацієнта повинна обговорюватися під час будь-якого візиту, коли це видається доречним.
- Ефективною тактикою є часте зважування пацієнтів, що спрощує обговорення питання щодо їх ваги.
- Зручне нейтральне питання для початку обговорення: «Як Ви ставитеся до своєї ваги?» Або «Як змінювалась Ваша вага?»
- Обговорення продовжується за допомогою відкритих питань, наприклад "Що Ви думаєте про свої харчові звички?", "Було б цікаво почути Вашу думку про те, що могло б легко збільшити Вашу вагу?" Або "Що треба змінити у Вашому способі життя, щоб легко контролювати вагу? "

- Далі пацієнту дається коротка інформація щодо принципів зниження ваги (ожиріння ускладнює перебіг багатьох захворювань; втрата лише декількох кілограмів зменшить ризик розвитку захворювань, пов'язаних з ожирінням; збільшення кількості фруктів і овочів у раціоні є корисним; варто зменшити кількість часу, що пацієнт проводить сидячи і знайти вид вправ, який підходить для нього і т.д.)
- Пацієнт заохочується регулярно стежити за своєю масою тіла (принаймні раз на тиждень) та слідкувати, щоб вага принаймні не збільшувалась (зазвичай особа з надмірною вагою і далі поступово набирає вагу впродовж багатьох років).
- Можна домовитися про деяку невелику конкретну зміну, яка допоможе в управлінні вагою. Ця домовленість вноситься до амбулаторної карти пацієнта для того, щоб вона була доступна під час наступного візиту.
- Пацієнтові може бути надана друкована інформація про зниження ваги або вказано, де знайти таку інформацію.
- Прогрес у зниженні ваги повинен коротко обговорюватися в ході майбутніх відвідувань лікаря.

Базисна терапія ожиріння [доказ 05518 | D] [доказ 04367 | C] [доказ 05717 | C]

Організація

- Групове лікування є менш затратним і при цьому таким же ефективним, як індивідуальне лікування.
 - 6-15 зустрічей групи з інтервалами близько тижня.
 - Розмір групи повинен становити 10-15 осіб.
 - Лідером групи повинна бути медсестра або дієтолог із спеціальною підготовкою в лікуванні ожиріння. Рекомендується також включати фізіотерапевта або тренера для підбору вправ і, залежно від ресурсів, психолога. Лікар може відвідувати групи та організовувати, наприклад, "годину запитань до лікаря".
- Підрозділ первинної медичної допомоги, який організовує групові заняття, повинен скласти інструкції з управління базисною терапією (принципи набору пацієнтів у групи, можливі подальші заходи тощо).

- Досвід показує, що заняття в групі зі зменшення ваги неефективне, якщо підрозділ не призначає лікаря, що взяв би на себе загальну відповідальність за лікування ожиріння. Це дає лідерам групи можливість обговорення проблем пацієнтів та інші питання, які можуть виникнути.

Відбір пацієнтів

- Лише невеликій частці пацієнтів із надмірною вагою може бути запропонована базова терапія ожиріння, тому мають бути обрані пацієнти, які, швидше за все, отримають з цього найбільшу користь.
- Базове лікування ожиріння повинне бути запропоноване усім пацієнтам з ожирінням із вперше діагностованим діабетом 2 типу.
- Інші показання для базисного лікування ожиріння включають наявність метаболічного синдрому, апное уві сні та інших захворювань, пов'язаних з ожирінням.
- Чим молодшим є пацієнт, тим важливіше запропонувати базову терапію ожиріння.
- Важливість підтримки фізичної активності і збереження м'язової маси зростає із віком, особливо після виходу на пенсію.
- У пацієнтів старше 65-70 років слід уникати інтенсивного зниження ваги.

Вимірювані цілі

- Прийнятна швидкість зниження ваги становить приблизно 0,5 кг на тиждень. Також можливий менш швидкий темп втрати ваги.
- Метою має бути постійне зниження ваги на 5-10%, чого достатньо для отримання значної користі при лікуванні захворювань, пов'язаних з ожирінням.
- Метою завжди має бути підтримка постійного результату, наскільки можливо, що означає довгострокове планування і постійні зміни способу життя.

Консультування та його цілі [доказ A] [доказ C] [доказ A] [доказ B] [доказ A]

- Важливо дотримуватись принципів мотиваційного інтерв'ю [настанова 01142] [Роль мотиваційного інтер...]: пацієнт сам оцінює свої харчові звички та режим фізичної активності, і, виходячи зі знань, наданих інструктором, вирішує, які зміни слід внести.

- Замість наставництва та вказівок зверху використовується коучинг-підхід. Заохочення пацієнта в позитивному тоні має важливе значення.
- Часто буває корисним визначити зв'язок між почуттями і їжею.
- Найважливішою метою має бути зміна звичок, а не «одержимість зважуванням». Мета - знайти нові гнучкі життєві звички. Занадто жорсткі обмеження рідко бувають постійними.
- Потреби людини в енергії зменшуються, коли зменшується маса тіла. *Зміни способу життя* мають бути постійними, щоб зберегти тенденцію до втрати ваги.
- Зміни можна здійснювати поступово: можна починати з 1-2 змін і пізніше спробувати більше.
- Основні засоби зниження споживання калорій наведені нижче.
 - Регулярний ритм прийому їжі є центральною ланкою в регуляції апетиту (сніданок, обід, вечеря і перекуси за необхідності).
 - Основний акцент робиться на зниженні енергетичної цінності раціону за рахунок зменшення споживання жирної їжі і збільшення споживання овочів (наприклад, із застосуванням різних моделей «здорової тарілки»).
 - Рідкі молочні продукти повинні бути знежиреними, інші напої переважно некалорійні (вода, безалкогольні напої без цукру).
 - Зменшення надмірного споживання алкоголю.
 - Необхідно уникати великих порцій їжі.
 - Невеликі щоденні зміни ефективні в довгостроковій перспективі.
- Зміни фізичної активності
 - Необхідно вчасно розпізнати гіподинамію у повсякденному житті та зменшити кількість часу, що проводиться сидячи.
 - Слід заохочувати фізичні вправи під час повсякденної діяльності (збільшення м'язового навантаження при підйомі вгору сходами, ходьба або їзда на велосипеді на роботу і т.д.)
 - Мета: принаймні півгодини в день більшість днів на тиждень виконання таких вправ, які пацієнт здатен і готовий виконати.
 - Якщо використовується крокомір, метою має бути щонайменше 10 000 кроків на день.
- Інші засоби

- Слід визначити мотиватор для їжі. Задоволення чи голод?
- До кінця прийому їжі пацієнт повинен зрозуміти, коли голод вже втамований, і припинити їсти.
- Купівля продуктів харчування повинна здійснюватися у суворій відповідності до списку покупок.
- Необхідно зменшити кількість спокус (відсутність калорійних продуктів у полі зору).
- Особа не повинна займатися іншими видами діяльності під час їжі (не дивитись телевізор, не читати).

Дуже низькокалорійна дієта (ДНКД)

- Продукти (ДНКД) мають містити:
 - енергетична цінність зазвичай 1 700-2 100 кДж (400-500 ккал), максимум 3 300 кДж (800 ккал) на день
 - Білок, щонайменше 50 г в день; для більшості людей це замало; рекомендується забезпечити достатнє споживання білків шляхом споживання, крім дієтичних продуктів, також близько 100 г нежирного м'яса або риби щодня, що дає ще 20 г білків.
 - добова потреба в незамінних жирних кислотах, мікроелементах і вітамінах.
- Режим прийому їжі
 - Дієта складається з комерційних формул, які відповідають критеріям ДНКД.
 - Ця дієта призначається для заміни звичайного харчування, жодна інша їжа не повинна споживатися протягом 8-12 тижнів поспіль. Дієта може бути припинена раніше, якщо досягнутий індекс маси тіла (ІМТ) 25 кг/м² або якщо дієта викликає побічні ефекти.
 - Під час дієти пацієнт контролюється з 1-2-тижневими інтервалами.
 - ДНКД добре підходить, наприклад, для пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу або гіпертензією.
 - У пацієнтів хворих на цукровий діабет 2 типу введення інсуліну перед прийомом їжі повністю припиняється, доза базального інсуліну зменшується принаймні вдвічі, і надалі доза інсуліну регулюється відповідно до вимірювань глюкози в крові.

- Прийом препаратів сульфонілсечовини і глінідів (прандіальний регулятор рівня глюкози) припиняється перед початком ДНКД.
- Існує невеликий досвід використання інгібіторів НГКС, і, ймовірно, безпечно призупинити використання цих препаратів на період ДНКД (ризик дегідратації та кетоацидозу).
- Немає необхідності зменшувати дозу інших лікарських засобів перед дієтою, але зменшення дози часто стає актуальним, оскільки вага знижується. Цілоком можливе поновлення прийому медикаментів після ДНКД (на основі вимірювання рівня глюкози в крові).
- Швидкість зниження ваги становить близько 1,5-2 кг на тиждень, і одномоментне зниження маси тіла в 2-2,5 рази перевищує показник, що досягається при базовому лікуванні ожиріння. Проте рандомізовані дослідження не показали суттєвої різниці у довгострокових результатах у порівнянні з базовим лікуванням без призначення ДНКД.
- Постійні результати не можуть бути досягнуті тільки за допомогою ДНКД, необхідний план базового лікування ожиріння після ДНКД.
- Через тенденцію до поновлення набору маси тіла може бути використаний поступовий вихід із дієти зі швидкістю одного перекусу на тиждень. Наприклад, якщо ДНКД складається з 5 перекусів на день, споживання протягом першого тижня виходу з дієти становить сніданок + 4 перекуси на день, протягом другого тижня - сніданок, обід та 3 перекуси на день і так далі. Застосування перекусів може тимчасово збільшуватися, якщо вага починає знову збільшуватися.
- Щоденне зважування корисне під час виходу з ДНКД для запобігання поверненню ваги.
- План змін способу життя розробляється для забезпечення сталості результатів, беручи до уваги зменшення потреби в енергії після втрати ваги.
- Пацієнтові пропонується можливість знову зв'язатися з лікарем, якщо є проблеми з підтриманням ваги.

Медикаментозне лікування [доказ 03550 |A] [доказ 04450 |C] [доказ 04782 |C] [доказ 07289 |D]

[доказ 04983 |A] [доказ 04795 |B]

- Можна спробувати призначити медикаментозну терапію для підтримки змін способу життя, якщо тільки базове лікування не дало достатнього результату.
- При призначенні препарату для зменшення ваги пацієнтові завжди слід надавати поради стосовно змін способу життя, а реалізація цих змін повинна монітуватися.
- Призначення препарату для лікування ожиріння повинне розглядатися лише для тих, хто має ІМТ більше 30 (або більше 27 за наявності діабету або іншого захворювання, що вимагає зниження ваги).
- Пацієнт повинен бути проінформований про те, що медикаментозне лікування може тривати кілька років. При припиненні прийому медикаментів, зазвичай, спостерігається поступове повернення втраченої ваги. Під час припинення прийому препарату особливу увагу слід приділяти спостереженню за вагою та реалізації змін у способі життя, спрямованих на запобігання відновлення ваги.
- Медикаментозне лікування слід припинити, якщо особа не втратила достатньо ваги протягом 3 місяців (принаймні, 5% від початкової ваги).

Орлістат [доказ 06581 |B]

- Орлістат є інгібітором ліпази, який діє у травному тракті. Це частково зменшує поглинання жиру з їжі. Орлістат не всмоктується в кров.
- Завдяки механізму дії орлістату, концентрація холестерину у формі ЛПНЩ зменшується більше, ніж це було б за умови лише зниження ваги.
- Орлістат використовується разом із основними прийомами їжі, тричі на день.
- Політика стосовно продажу орлістату може відрізнятися залежно від країни; у Фінляндії орлістат 120 мг - рецептурний препарат, тоді як орлістат 60 мг - препарат, що відпускається без рецепта.
- При використанні препарату метою є обмеження частки жирів у дієтичному енергетичному раціоні до не більше 30%. Дозволяється споживання тільки знежирених легких закусок. Пацієнт повинен

отримувати необхідне дієтичне консультування відносно дієти з низьким вмістом жирів, тому що в протилежному випадку побічні ефекти перешкоджатимуть використанню препарату.

- Звичайні побічні ефекти включають в себе жирні або маслянисті випорожнення, імперативні позиви на дефекацію і маслянисті виділення з прямої кишки (> 1/10 пацієнтів), які пов'язані зі споживанням жирної їжі.
- Орлістат може зменшити абсорбцію жиророзчинних вітамінів з кишківника. При тривалому застосуванні орлістату рекомендується застосовувати полівітаміни (не можна приймати одночасно з капсулою орлістату, краще перед сном).
- Пацієнти, які приймали 120 мг орлістату перед основними прийомами їжі, через 12 місяців втратили в середньому на 3 кг більше, ніж пацієнти, які отримували плацебо. Частка пацієнтів, які втратили більше 10% від початкової ваги, на 12 процентних пунктів більша при прийомі орлістату порівняно з плацебо.
- Користь від короткочасного зниження ваги при прийомі орлістату, з точки зору захворюваності і смертності, залишається недоведеною.

Ліраглутид

- Ліраглутид 3 мг був схвалений в ЄС для лікування ожиріння.
- Ліраглутид є аналогом глюкагоноподібного пептиду 1 (ГПП1). ГПП-1 секретується L клітинами кишківника, має кілька органів-мішеней. Ліраглутид стимулює секрецію інсуліну підшлунковою залозою залежно від рівня глюкози в крові та зменшує синтез глюкози в печінці, тому він використовується для лікування цукрового діабету 2 типу у дозах 1,2-1,8 мг один раз на день.
- Введення шляхом підшкірної ін'єкції.
- Ліраглутид знижує апетит, особливо у великих дозах. Доза при лікуванні ожиріння становить 3 мг один раз на день. Початкова доза 0,6 мг один раз на день, збільшується з кроком 0,6 мг до 3 мг, наприклад, із 2-тижневим інтервалом.
 - Фармакологічні властивості зменшення апетиту застосовуються при лікуванні ожиріння шляхом поєднання медикаментозного лікування із комплексним консультуванням про зміну способу життя.

- Найбільш поширеними побічними ефектами є нудота, діарея, болі в животі і розлади травлення. Можлива гіпоглікемія, особливо при застосуванні в комбінації з іншими препаратами, що можуть викликати гіпоглікемію.
 - Нудота, зазвичай, стихає впродовж місяця. Її можна зменшити, збільшуючи дозу препарату повільніше.
- Особи, що приймають ліраглутид у дозі 3 мг на добу для підтримки змін способу життя, за один рік втратили в середньому на 5,8 кг маси тіла більше, ніж пацієнти з плацебо (-8,4 кг проти -2,8 кг). Частка тих, хто втратив більше 5% початкової ваги, складала 63% у групі ліраглутиду та 27% у групі плацебо. Частка тих, хто втратив більше 10%, складала відповідно 33% та 11%.

Налтрексон/бупропіон

- Комбінований препарат налтрексону (8 мг) та бупропіону (90 мг) був схвалений в ЄС для лікування ожиріння.

Коментар експерта. Комбінований лікарський засіб Налтрексону (8мг)/бупропіону 90мг) на 29.01.2019 в Україні не зареєстрований

- Головним ефектом є зниження апетиту. Всебічне консультування щодо способу життя використовується разом із медикаментозною терапією.
- Найбільш поширеними побічними ефектами є нудота, блювання, закреп, запаморочення і сухість у роті. Може спостерігатися підвищення артеріального тиску і частоти серцевих скорочень.
- Не слід призначати пацієнтам з печінковою та нирковою недостатністю, з неконтрольованою гіпертензією або з судомами в анамнезі.
- Вага осіб, які приймають налтрексон/бупропіон для підтримки змін способу життя, за один рік зменшилась на 3,7-6,4% від початкової, а тих, хто приймав плацебо - на 1,2-1,9%. Частка тих, хто втратив більше 5% початкової ваги, становить 28-51% у групі препаратів і 12-17% у групі плацебо. Частка тих, хто втратив більше 10%, складала відповідно 13-28% та 5-6%.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00199\] Treatment of obesity – R...](#)
- Інші доказові звіти [\[пов'язані 00199\] Treatment of obesity – R...](#)

- Література пов'язані
[00199] | Treatment of obesity – R...

Джерела інформації

R1. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *N Engl J Med* 2015;373(1):11-22. PubMedID|26132939

R2. Wadden TA, Hollander P, Klein S et al. Weight maintenance and additional weight loss with liraglutide after low-calorie-diet-induced weight loss: the SCALE Maintenance randomized study. *Int J Obes (Lond)* 2013;37(11):1443-51. PubMedID|23812094

R3. Davies MJ, Bergenstal R, Bode B et al. Efficacy of Liraglutide for Weight Loss Among Patients With Type 2 Diabetes: The SCALE Diabetes Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2015;314(7):687-99. PubMedID|26284720

R4. Hollander P, Gupta AK, Plodkowski R et al. Effects of naltrexone sustained-release/ bupropion sustained-release combination therapy on body weight and glycemic parameters in overweight and obese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2013;36(12):4022-9. PubMedID|24144653

R5. Apovian CM, Aronne L, Rubino D et al. A randomized, phase 3 trial of naltrexone SR/ bupropion SR on weight and obesity-related risk factors (COR-II). *Obesity (Silver Spring)* 2013;21(5):935-43. PubMedID|23408728

Настанови

- [Настанова 01025](#). Баріатрична хірургія (хірургічне лікування ожиріння).
- [Настанова 01142](#). Роль мотиваційного інтерв'ю у лікуванні та модифікації способу життя.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 00027](#). Acupuncture/acupressure for weight reduction.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: D
Резюме: Acupuncture might possibly have no effect on weight reduction although there is no evidence from controlled trials.
- [Доказовий огляд 05557](#). Intra-gastric balloon for obesity .
Дата оновлення: 2007-05-11
Рівень доказовості: B
Резюме: Intra-gastric balloon therapy appears not to reduce weight more than the conventional therapies in obesity and it carries the risk of adverse events.
- [Доказовий огляд 06152](#). Strategies for sustaining weight loss.
Дата оновлення: 2008-08-15
Рівень доказовості: B
Резюме: Case management approach with personal contacts appears to be an effective way of supporting maintenance of weight loss in overweight or obese adults with additional cardiovascular risk factors.

- [Доказовий огляд 01009](#). Surgery for morbid obesity.
Дата оновлення: 2015-07-15
Рівень доказовості: B
Резюме: Surgery results in greater improvement in weight loss outcomes and weight associated comorbidities compared with non-surgical interventions, regardless of the type of procedures used.
- [Доказовий огляд 01338](#). Interventions in the treatment and prevention of obesity.
Дата оновлення: 2006-12-15
Рівень доказовості: A
Резюме: Potentially effective interventions for the treatment of obesity are available.
- [Доказовий огляд 05761](#). Motivational interviewing in the treatment of behavioural problems and risk factors.
Дата оновлення: 2008-01-03
Рівень доказовості: B
Резюме: Motivational interviewing in a scientific setting may be effective in the treatment of a broad range of behavioural problems and risk factors.
- [Доказовий огляд 01073](#). Health gains from the treatment of obesity.
Дата оновлення: 2003-08-06
Рівень доказовості: B
Резюме: Treatment of obesity appears to be beneficial in patients with some obesity-related diseases, but there is no evidence of the effectiveness of obesity prevention or treatment of obesity in other patients in the long-term.
- [Доказовий огляд 05518](#). Weight loss and health-related quality of life.
Дата оновлення: 2007-04-10
Рівень доказовості: D
Резюме: Weight loss might possibly improve health-related quality of life in some trials, but the effect is probably small and the trials are of poor quality.
- [Доказовий огляд 04367](#). Interventions for treating obesity in children.
Дата оновлення: 2015-06-17
Рівень доказовості: C
Резюме: Combined behavioural lifestyle interventions compared to standard care or self-help may reduce the level of overweight in child and adolescent obesity. In moderate to severely obese adolescents, the use of orlistat or sibutramine, as an adjunct to lifestyle interventions, may reduce overweight. Drug treatment needs to be carefully weighed up against the potential for adverse effects.
- [Доказовий огляд 05717](#). Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity.
Дата оновлення: 2007-12-05
Рівень доказовості: C
Резюме: Low glycaemic index diets may increase weight loss and improve lipid profiles better than control diets.
- [Доказовий огляд 04889](#). Psychological interventions for overweight or obesity .
Дата оновлення: 2005-12-29
Рівень доказовості: A
Резюме: Psychological interventions, particularly behavioural and cognitive-behavioural strategies, enhance weight reduction in people with overweight or obesity. They are predominantly useful when combined with dietary and exercise strategies.

- [Доказовий огляд 07127](#). Efficacy and safety of green tea preparations for weight loss in adults.
Дата оновлення: 2013-03-04
Рівень доказовості: C
Резюме: Green tea preparations may be associated with a small weight reduction of questionable clinical significance.
- [Доказовий огляд 03075](#). The effects of endurance training alone (without change of diet) on the reduction of overweight.
Дата оновлення: 2007-10-10
Рівень доказовості: A
Резюме: An increase in physical activity (usually endurance-type training) without a change of diet reduces overweight only a few kilograms.
- [Доказовий огляд 03061](#). The combined effect of a low-energy diet and exercising on the reduction of overweight.
Дата оновлення: 2007-10-10
Рівень доказовості: B
Резюме: Physical activity combined with a low-energy diet appears to improve weight reduction results with no more than a few kilograms compared with a low-energy diet alone.
- [Доказовий огляд 00678](#). Diet and exercise for weight reduction.
Дата оновлення: 2008-08-11
Рівень доказовості: A
Резюме: Diet is better than exercise for short-term weight reduction, and diet plus exercise is better than diet alone for maintenance of the result.
- [Доказовий огляд 03550](#). Guar gum for weight reduction.
Дата оновлення: 2003-02-05
Рівень доказовості: A
Резюме: Guar gum is not effective in weight reduction and causes adverse effects.
- [Доказовий огляд 04450](#). Ephedra and ephedrine for weight loss.
Дата оновлення: 2004-03-02
Рівень доказовості: C
Резюме: Ephedrine, ephedrine plus caffeine, or dietary supplements containing ephedra may be effective in producing a modest short-term weight loss as compared to placebo.
- [Доказовий огляд 04782](#). Chitosan for obesity.
Дата оновлення: 2008-08-06
Рівень доказовості: C
Резюме: Chitosan may be more effective than placebo in the short-term treatment of overweight and obesity but the evidence comes mainly from poor quality studies.
- [Доказовий огляд 07289](#). Chromium picolinate supplementation for overweight or obese adults.
Дата оновлення: 2014-04-10
Рівень доказовості: D
Резюме: Chromium picolinate supplementation might possibly result in a modest weight reduction in obese or overweight adults compared to placebo, but the evidence is insufficient. Data on possible adverse effects are lacking.
- [Доказовий огляд 04983](#). Rimonabant for weight reduction.
Дата оновлення: 2015-07-15
Рівень доказовості: A

Резюме: Rimonabant 20 mg daily combined with hypocaloric diet reduces body weight and waist circumference and improves several metabolic risk factors in high-risk patients who are overweight or obese, but increases the risk of depression and anxiety.

- [Доказовий огляд 04795](#). Orlistat and sibutramine for obesity and overweight.
Дата оновлення: 2010-02-19
Рівень доказовості: B
Резюме: Orlistat and sibutramine appear modestly effective in promoting weight loss.
- [Доказовий огляд 06581](#). Effect of orlistat in hypertensive patients.
Дата оновлення: 2016-04-14
Рівень доказовості: B
Резюме: Orlistat appears to reduce the weight and blood pressure of hypertensive patients in the short term, but long-term effects and effect on mortality and cardiovascular morbidity is unclear.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00500 Ключ сортування: 003.012 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-01

Автор(и): Kirsi Pietiläinen Автор(и) попередніх версій статті: Pertti Mustajoki Редактор(и): Jukka Pekka Jousimaa Hanna Pelttari
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines General practice Internal medicine Endocrinology Nutritional medicine

Ключові слова індексу

mesh: Obesity Overweight Anti-Obesity Agents Bariatric Medicine BMI mesh: Body Mass Index Body Weight
Diet, Reducing mesh: Very low calorie diet VLCD Weight Loss Weight Weight management Liraglutide
Counseling Counselling mesh: Diet mesh: Food Habits Group therapy Orlistat Naltrexone Bupropion
speciality: Endocrinology speciality: Internal medicine speciality: Nutritional medicine icpc-2: T82 icpc-2: T83