

DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-2.20

В.А. Скибчик¹, Д.М. Маршалків¹,
М.О. Войтович²

¹ ДНП «Львівський національний
медичний університет імені Данила
Галицького»;

² 1 Територіальне медичне об'єднання
відокремлений підрозділ «Лікарня
Святого Луки»

УДК: 616-071:616-056.52-036

НОВИЙ ПІДХІД ДО ВИЗНАЧЕННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ І ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ КЛІНІЧНОГО ОЖИРІННЯ

Резюме. У статті розглянуто діагностичні критерії й тактику ведення клінічного ожиріння з позиції сучасних рекомендацій Комісії з визначення та діагностики ожиріння 2025 року, що були схвалені 76 організаціями по всьому світу, включаючи наукові товариства і групи захисту прав пацієнтів. Особливу увагу приділено методам верифікації ожиріння, зокрема індексу округлості тіла (ІОТ). Представлено переваги ІОТ порівняно із класичним методом діагностики ожиріння — індексом маси тіла (ІМТ). Запропоновано розрізняти дві нові категорії ожиріння: доклінічне та клінічне. Експерти пропонують дві цілком різні стратегії ведення доклінічного і клінічного ожиріння.

У статті обговорено актуальність та ефективність препаратів для боротьби з ожирінням із групи агоністів рецепторів глюкагоноподібного пептиду 1 (аГПП-1, GLP) і подвійного агоніста рецептора глюкозозалежного інсулінотропного поліпептиду (ГІП, GIP).

Ключові слова: доклінічне ожиріння, клінічне ожиріння, індекс округлості тіла, агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду 1 (GLP-1), подвійний агоніст рецептора глюкозозалежного інсулінотропного поліпептиду (GIP).

Тягар надмірної ваги та ожиріння у світі

Ще в 1997 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) офіційно визнала, що у світі спостерігається глобальна епідемія ожиріння, яку сьогодні доцільніше розглядати як пандемію. Щороку у світі реєструється 41 мільйон випадків смертей від хронічних захворювань, з яких 5 мільйонів спричинені надмірною вагою та ожирінням. Згідно з глобальними оцінками, до 2035 року кількість осіб, які страждатимуть на ці патологічні стани, становитиме 3,3 мільярда порівняно з 2,2 мільярда у 2022 році [1].

Актуальні визначення та невирішені питання

Ожиріння — це патологічне або надмірне накопичення жиру в організмі, що становить загрозу для здоров'я. Ожиріння можна розглядати як самостійне хронічне захворювання, а також як фактор ризику для розвитку низки інших хронічних станів, зокрема серцево-судинних захворювань (артеріальна гіпертензія, атеросклероз судин серця та периферичних артерій), цукрового діабету 2-го типу (ЦД), метаболічних порушень (дисліпідемія, гіперурикемія), репродуктивної дисфункції, а також понад 12 видів раку (у жінок — рак ендометрія, шийки матки, яєчників, молочних залоз; у чоловіків — рак простати; у

представників обох статей — рак прямої кишки), захворювань печінки та дихальної системи. Водночас залишаються відкритими питання щодо визначення ожиріння: чи варто розглядати його виключно як незалежний фактор ризику інших хвороб, чи як самостійне хронічне захворювання.

Верифікація ожиріння

Загальноприйнятою мірою ожиріння є індекс маси тіла (ІМТ), або індекс Кетле, запропонований у 1832 р. бельгійським соціологом і статистиком Леонардом Адольфом Кетле ($ІМТ = \text{маса тіла} / \text{зріст}^2$ (м) x зріст (м)). Лише в 1972 р. за ініціативи американського фізіолога Ансея Кіза індекс Кетле почали широко використовувати у світовій медичній практиці. ІМТ — уніфікований показник, який допомагає визначити, наскільки вага людини відповідає її зросту, і непрямо оцінити, чи є вага в межах норми (рис. 1). Маса тіла вважається оптимальним показником для оцінки розмірів тіла (ваги та зросту), які дозволяють оцінити ризики для здоров'я.

Попри те, що індекс маси тіла (ІМТ) прямо корелює з ризиком для здоров'я та ймовірністю передчасної смерті, цей показник має певні недоліки (рис. 1):

- Не оцінює співвідношення м'язової та жирової тканини в організмі. Наведемо приклад: ІМТ,

визначений у бодібілдера, відповідає надмірній вазі тіла чи навіть ожирінню, проте цей показник підвищений не за рахунок жирової маси, а за рахунок розвиненої мускулатури в таких осіб.

- Не допомагає локалізувати місце найбільшого накопичення жирової тканини. Як зазначалося раніше, серед усього жиру, наявного в організмі, найбільшу загрозу для здоров'я становить саме вісцеральний жир. Важливим є місце розташування найбільшої кількості жирової тканини, а не її кількість.

- Не свідчить про наявність проблем зі здоров'ям, що спричинені ожирінням.

Ще одним не менш важливим показником для оцінки ризику для здоров'я, пов'язаного з ожирінням, є окружність талії (табл. 1).

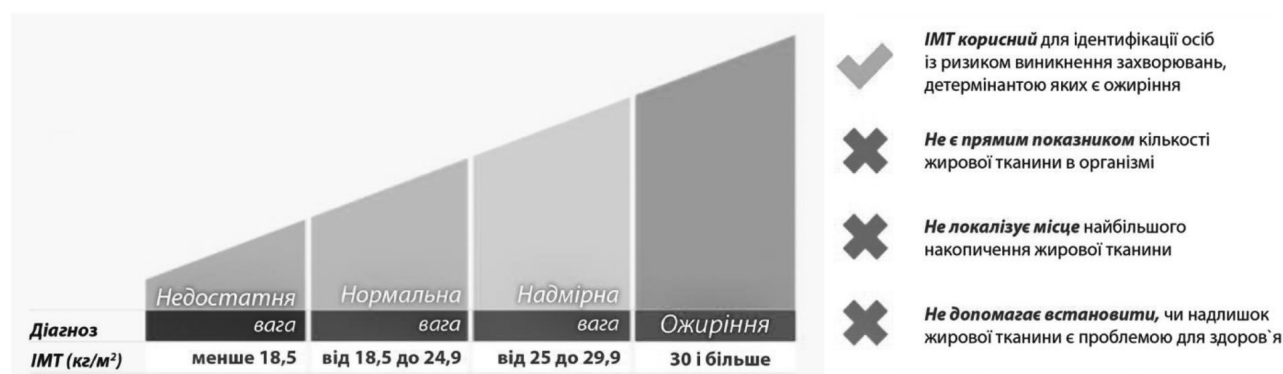


Рис. 1. Індекс Кетле (ІМТ) та його інтерпретація. Переваги та недоліки

*Дана градація ІМТ актуальна для осіб європеоїдної раси. Критерії для інших етнічних груп можуть відрізнятися

Таблиця 1. Оцінка ступеня ризику виникнення супутніх захворювань, пов'язаних з ожирінням, залежно від окружності талії

Ступінь ризику	Окружність талії (см)	
	Чоловіки	Жінки
Підвищений	≥94	≥80
Високий	≥102	≥88

Особливо небезпечним вважається вісцеральний жир, тобто той, який накопичується навколо внутрішніх органів у черевній порожнині. Вісцеральний жир пов'язаний із розвитком ЦД 2-го типу, серцево-судинними захворюваннями і навіть раком. Оцінити характер розподілу жирової тканини допомагає коефіцієнт об'єм талії / об'єм стегон (ОТ/ОС). За даними ВООЗ, для чоловіків оптимальне співвідношення становить ≤9, для жінок — ≤0,85. Вищі показники коефіцієнта ОТ/ОС свідчать про абдомінальний тип ожиріння.

Новий підхід щодо визначення, діагностики та тактики ведення ожиріння

За ініціативи лондонського професора Франческо Рубіно було створено Комісію з визначення

та діагностики ожиріння, до складу якої увійшли 58 провідних світових експертів із різних галузей медицини, а також представники редакції журналу *The Lancet Diabetes & Endocrinology* та ВООЗ [2]. Комісія схвалена більш ніж 75-ма світовими медичними організаціями. Фахівці закликають переглянути визначення ожиріння та підходи до його діагностики й тактики ведення з метою зменшення тягаря цього захворювання у світі, оскільки воно завдає серйозної шкоди на всіх континентах і коштує країнам мільярди доларів. Провідні експерти пропонують нове універсальне, клінічно значуще визначення ожиріння. Згідно з новим підходом, **ожиріння** — багатофакторний стан, що характеризується надлишковим накопиченням

жирової тканини з/без порушення її розподілу та/чи функції.

Запропоновано розрізняти дві нові категорії ожиріння: доклінічне та клінічне.

Доклінічне ожиріння — стан (не захворювання), що супроводжується надлишковим накопиченням жирової тканини без порушення функцій інших органів та тканин. Цей стан характеризується підвищеним ризиком розвитку клінічного ожиріння, а також ЦД 2-го типу, серцево-судинних та онкологічних захворювань і навіть когнітивних порушень.

Клінічне ожиріння — хронічне системне захворювання з порушенням функцій тканин та органів та/або обмеженням повсякденної активності, що частково або цілком зумовлене надлишковими жировими відкладами. Діагностичні критерії клінічного ожиріння в дорослих наведено на рис. 2.

З огляду на недоліки ІМТ, Комісія експертів рекомендує використовувати його як непрямий метод оцінки ризику для здоров'я на популяційному рівні — переважно в епідеміологічних дослідженнях та з метою скринінгу. Водночас ІМТ не слід застосовувати як метод індивідуальної оцінки стану здоров'я. У деяких людей із



Рис. 2 Критерії клінічного ожиріння в дорослих

зайвою вагою значення ІМТ не свідчить про наявність ожиріння, що може призводити до того, що потенційно серйозні проблеми зі здоров'ям залишаються непоміченими і не отримують належного лікування. Водночас в інших осіб із високим ІМТ може бути діагностовано ожиріння, хоча їхній організм нормально функціонує і не має ознак чи симптомів порушень роботи органів і систем.

Згідно із запропонованою концепцією, наявність надлишкової жирової тканини має бути підтверджена безпосереднім вимірюванням, зокрема за допомогою DEXA-сканування, або принаймні одним із антропометричних критеріїв: окружністю талії, співвідношенням об'єму талії до об'єму стегон, співвідношенням об'єму талії до зросту з урахуванням ІМТ, або двома та більше антропометричними критеріями (крім останнього) відповідно (рис. 3).

У разі підтвердження ожиріння в пацієнта за допомогою вищенаведених критеріїв слід провести додаткову оцінку з метою диференційної діагностики доклінічного та клінічного ожиріння, беручи до уваги наявність порушення функції органів і тканин та/або обмеження повсякденної діяльності, що зумовлені надлишковою масою тіла (рис. 3).

Нова концепція тактики ведення ожиріння враховує особливості цього захворювання і дозволяє надавати індивідуалізовану допомогу, що сприяє зменшенню кількості пацієнтів із необґрунтованими діагнозами та призначенням недоцільного лікування. Експерти пропонують дві

цілком різні стратегії ведення доклінічного та клінічного ожиріння.

Ведення осіб із доклінічним ожирінням спрямоване на зменшення ризику виникнення хвороб у майбутньому, детермінантою яких є надлишок жирової маси. Тактику обирають залежно від індивідуального ризику: можна обмежитися лише консультацією лікаря з приводу модифікації способу життя та спостереженням у динаміці або ж вдаватися до активного лікування за потреби. Пацієнти з клінічним ожирінням повинні отримувати лікування, спрямоване на повне відновлення чи покращення функцій організму, знижених у зв'язку із надмірною вагою, а не лише на зниження маси тіла. Тактика ведення визначається індивідуально та має бути узгоджена з пацієнтом.

Отже, покладатися виключно на ІМТ для верифікації ожиріння не варто. Зважаючи на усі недоліки, можна помилково класифікувати пацієнта як такого, який має/не має ожиріння, що може призвести до гіподіагностики осіб, які мають проблеми зі здоров'ям, пов'язані із надлишковим накопиченням жирової тканини, та гіпердіагностики в тих, хто їх не має (рис. 4).

Використання обґрунтованих, персоналізованих підходів до профілактики, діагностики та лікування ожиріння, запропонованих авторами нової концепції, дозволить знизити тягар даного захворювання та пов'язаних із ним станів, а також зменшити частоту гіпердіагностики й непотрібного лікування, що зекономить матеріальний ресурс сфери охорони здоров'я тієї чи іншої країни.

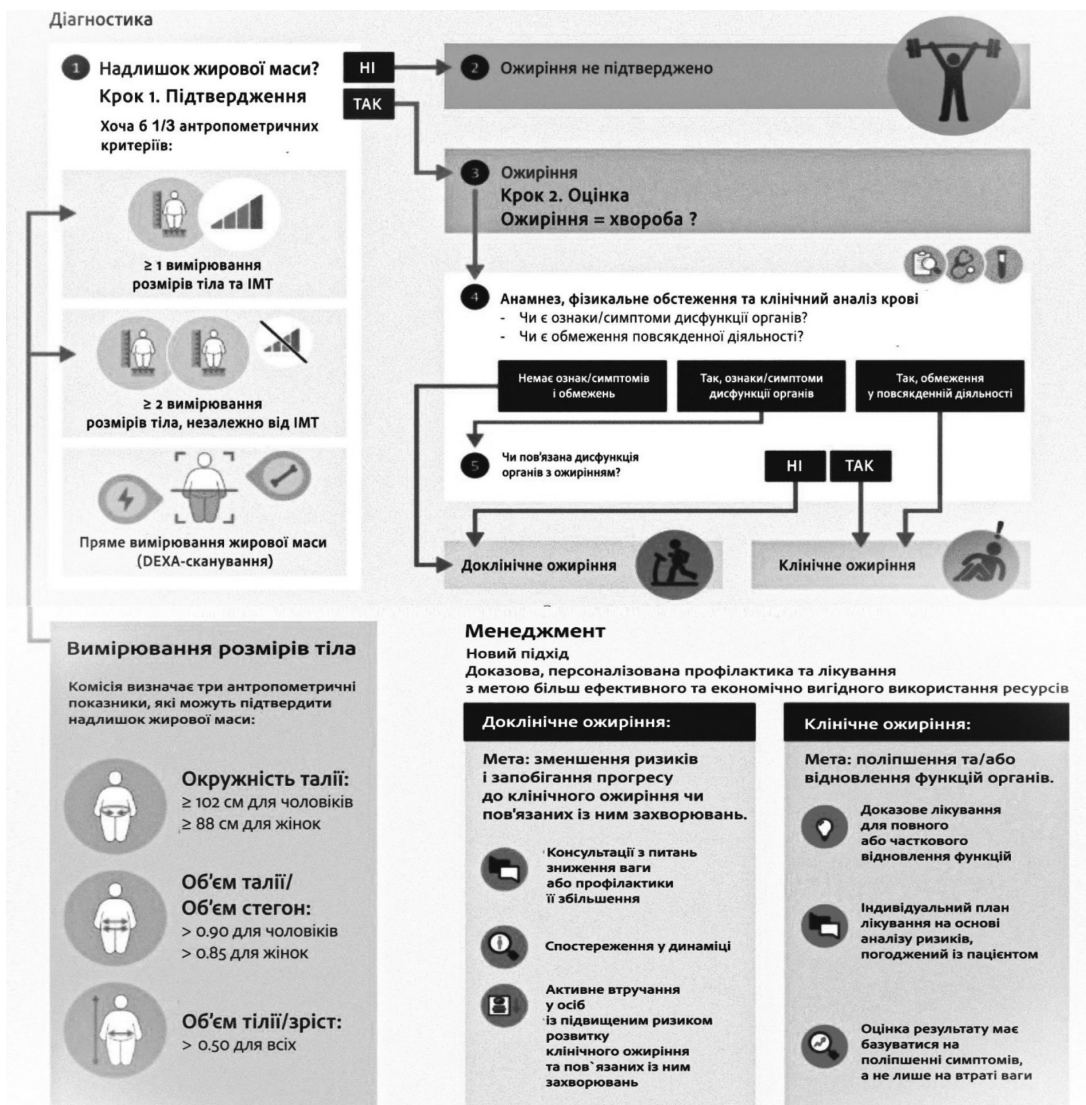


Рис. 3. Нова концепція діагностики та тактики ведення ожиріння

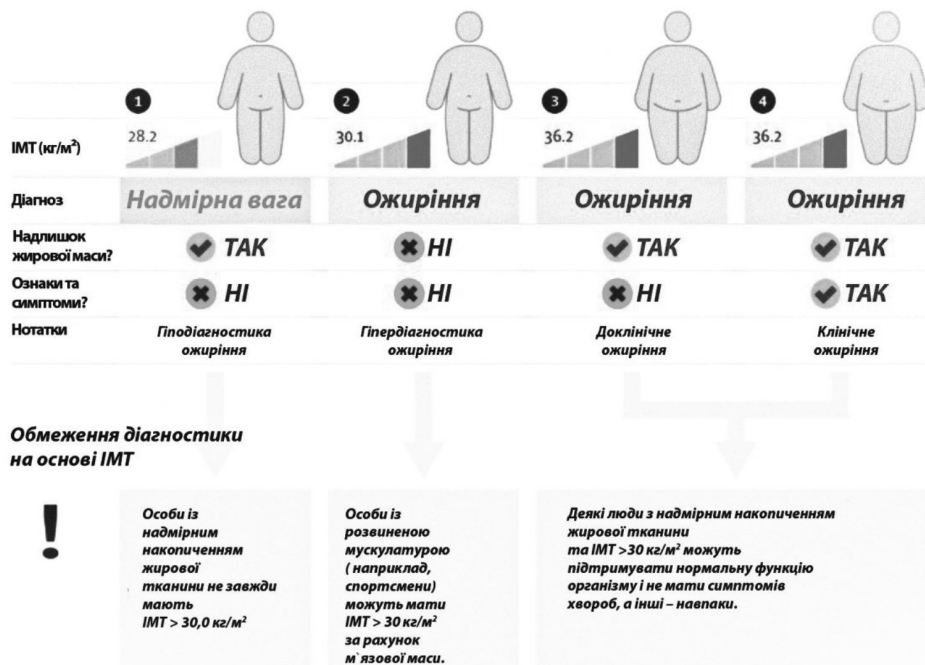


Рис. 4. Обмеження діагностики ожиріння виключно на основі показника IMT

Індекс округлості тіла (ІОТ)

Індекс округлості тіла (ІОТ) (Body Roundness Index — BRI) — новий метод оцінки форми тіла та пов'язаних із нею ризиків для здоров'я, запропонований американським математиком Діаном Томас у 2013 році [3]. ІОТ може бути кращою альтернативою класичного методу оцінки ступеня ожиріння — ІМТ.

Формула для розрахунку ІОТ включає два основні показники — окружність талії та зріст, що дозволяє більш точно оцінити розподіл жирової тканини в організмі, зокрема вісцерального жиру, на відміну від ІМТ, який враховує лише такі антропометричні параметри, як зріст і вага тіла (рис. 5).

$$IOT = 364,2 - (365,5 \times \varepsilon), \text{ де } \varepsilon = \sqrt{1 - ((OT / (2\pi))^2 / (0,5 \times H^2))}$$

OT – окружність талії, см; H- зріст, см

Рис. 5. Формула обрахунку індексу округлості тіла (ІОТ)

Ідея ІОТ полягає в тому, що тіло людини слід розглядати як еліпс, велика вісь якого дорівнює зросту (рис. 6). Важливою характеристикою еліпса є ексцентриситет — параметр, що оцінює ступінь відхилення його форми від кола. Це дозволяє визначити, чи є еліпс, зокрема еліпс людського тіла, витягнутим або має тенденцію до округлої форми. У нормі значення ексцентриситету становить від 1 до 20. Чим ближче до 20, тим умовний еліпс людського тіла нагадує кулю, чим ближче до 1 — тим менша його округлість. «Різних людей можна класифікувати як різні еліпси. Деякі з нас більш сферичні. Деякі ближче до кола. Той, хто

худорлявий і злий, далеко не коло», — жартома пояснила свою ідею Д. Томас.

Розрахунок та інтерпретація ІОТ

Розрахувати ІОТ можна за допомогою запропонованого онлайн-обчислювача, який доступний кожному в мережі Інтернет (рис. 7). Для розрахунку необхідно ввести величини основних показників, таких як зріст (см) та об'єм талії (см), а також, за бажанням, додаткові параметри — вагу (кг), вік (роки), стать, об'єм стегон (см), етнічну приналежність. У результаті обчислення можна отримати значення в межах від 1 до 20. Чим ближче розрахований показник наближається до 1, тим більше фігура людини «витягнута», грушоподібна; навпаки, чим ближче до 20 — «округліша», схожа на яблуко. Чим «кругліша» людина, згідно з оцінкою ІОТ, тим більше зайва маса загрожує її здоров'ю.

ІОТ та ризик смерті

Учені довели, що існує закономірність між ІОТ та ризиком смерті. У червні 2024 року в Journal of the American Medical Association (JAMA) опубліковано результати когортного ретроспективного дослідження, присвяченого вивченню взаємозв'язку між індексом окружності талії (ІОТ) та смертністю від усіх причин [4]. Учасниками були 32 995 американців віком ≥20 років. Під час дослідження встановлено U-подібний зв'язок між показниками ІОТ та смертністю від усіх причин, тобто найвищий ризик передчасної смерті спостерігався не лише в осіб із високими показниками індексу, але й з низькими. Оскільки

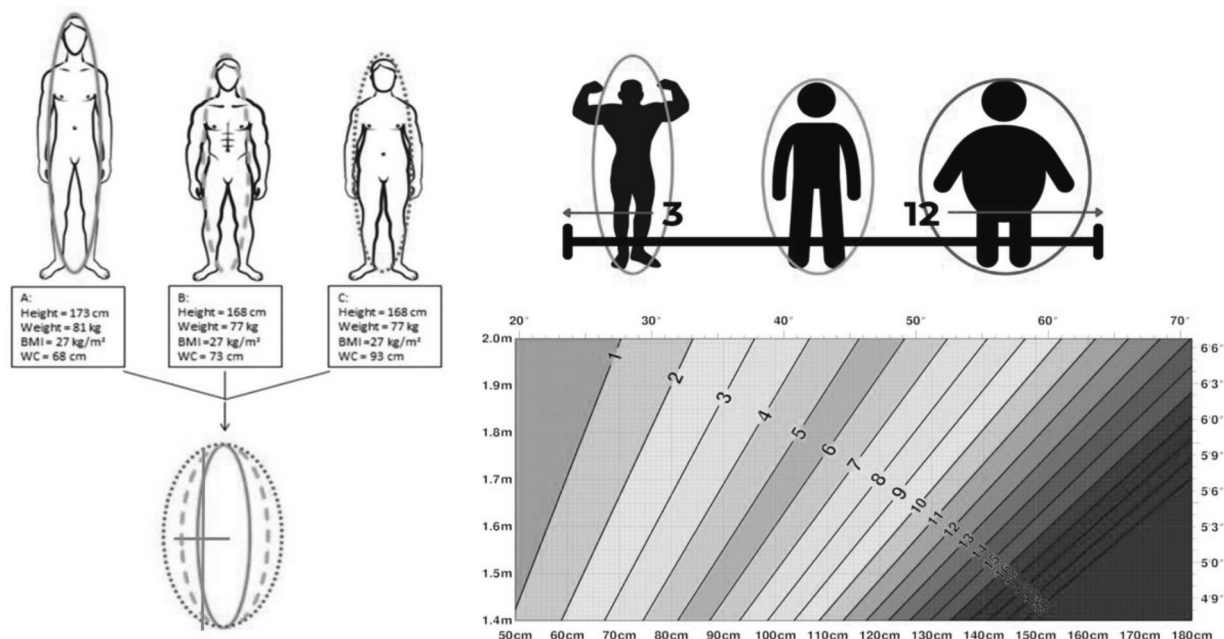


Рис. 6. Інтерпретація індексу округлості тіла (ІОТ)

* ІОТ <3 — струнке тіло; ІОТ >12 — кругле тіло.

Одиниця виміру: Метрична (cm/kg)

Зріст: 180 cm

Талія: 80 cm

Додатково для більш точних результатів:

Стегна: 95 cm

Вага: 82 kg

Стать: Чоловік

Вік: 30

Розрахувати

Результати складу вашого тіла

Індекс круглості тіла (BRI): 2.38

Категорія BMI: Надмірна вага

Індекс Маса Тіла (BMI): 25.31

Загальна маса вісцерального жиру: 1.73 kg

Застереження: Результати, які ви бачите, є лише для довідки і не замінюють професійну медичну консультацію. Завжди консультируйтеся з лікарем або спеціалістом щодо питань здоров'я.

Рис. 7. Онлайн-калькулятор для обрахунку індексу округлості тіла

немає загальноприйнятих референтних значень для IOT, усі дані розділено на 5 квантилів. Показник у межах 4,45-5,46 взято за референс. З урахуванням віку, статі, раси, освіти, доходу, наявності шкідливих звичок, таких як куріння та вживання алкоголю, серцево-судинних захворювань і діабету в сімейному анамнезі отримано такі дані:

- В осіб з IOT у межах 1,05-3,41, а також 5,46-6,91 ризик передчасної смерті вищий на 25% порівняно із значеннями, взятими за референс.
 - При IOT більше ніж 6,91 ризик збільшується до 49%.
 - Ризик учасників із значеннями індексу в межах 3,41-4,45 статистично не відрізняється від референтної групи.
- Цікаво, що:
- У жінок IOT у середньому вищий, ніж у чоловіків.
 - Найвищі показники спостерігаються в осіб низького соціального статусу, а також курців.
 - В осіб, що вживають алкоголь, наведений індекс не є надійним предиктором ризику, оскільки вищі показники спостерігаються в осіб, які не зловживають алкоголем.

Переваги IOT над ІМТ:

- Дозволяє оцінити форму тіла та розподіл жирової тканини в організмі. Це має вирішальне значення, адже надмірне накопичення жирової тканини в ділянці талії та живота (вісцеральне ожиріння) становить найбільшу загрозу для здоров'я індивідуума, оскільки тісно пов'язане з важкими метаболічними (обмінними) та клінічними (розвиток хвороб) наслідками ожиріння (табл. 2).
- Корелює із відсотковим вмістом жиру в організмі, що робить IOT корисним інструментом для оцінки загального складу тіла.
- Більш точно оцінює ризики для здоров'я. IOT є кращим предиктором розвитку серцево-судинних захворювань, метаболічного синдрому та ЦД [5, 6].
- Корелює із ризиком смерті від усіх причин.
- Окрім основних параметрів (ІОТ і зріст), враховує додаткові, зокрема вік та стать, у зв'язку з чим IOT є більш точним серед осіб різних вікових груп і статі.

Таблиця 2. Ключові відмінності IOT від ІМТ

	IOT	ІМТ
Показники для розрахунку	Окружність талії, см Зріст, см	Вага тіла, кг Зріст, см ²
Оцінка форми тіла	Оцінює форму тіла та розподіл жирової тканини	Не дозволяє розрізнити надлишок м'язової маси від жирової
Точність	Більш точно прогнозує ризики для здоров'я	Може помилково класифікувати особу як таку, що має ожиріння, чи навпаки
Складність розрахунку	Більш складний	Спрощений

Що нового в лікуванні ожиріння?

Лікування ожиріння — мультидисциплінарна проблема, для вирішення якої залучаються фахівці різних галузей медицини, а саме: ендокринолог, дієтолог, психотерапевт, нутриціолог, спеціаліст з лікувальної фізкультури.

У лікуванні ожиріння розрізняють 3 основні методи: немедикаментозне, медикаментозне та хірургічне лікування (баріатрія).

Немедикаментозне лікування ожиріння слід розглядати як комплексний підхід, що включає кілька аспектів. Серед них — радикальна модифікація способу життя, збільшення рівня денної фізичної активності, а також раціональне гіпокалорійне харчування. Як показує клінічна практика, вищенаведених методів зазвичай недостатньо у зв'язку з низькою прихильністю пацієнтів до виконання рекомендацій лікаря щодо

Медикаментозне лікування

У 2024 році Американська діабетична асоціація (ADA) рекомендує такі лікарські препарати для лікування ожиріння [7] (табл. 3).

Найпопулярнішими серед медикаментозних препаратів для лікування ожиріння є агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду 1 (аГПП-1). Активація рецепторів ГПП-1 препаратами групи аГПП-1 стимулює глюкозозалежну секрецію інсуліну, що проявляється зниженням секреції глюкагону, а також сприяє уповільненню випорожнення шлунка, зниженню апетиту, підвищенню почуття ситості, унаслідок чого зменшується споживання калорій та знижується маса тіла. На сьогодні найпоширенішими препаратами, які використовуються для боротьби з ожирінням, є ліраглутид (торгова назва Саксенда), семаглутид (торгова назва Вегові, Оземпик) та тирзепатид (торгова назва Мунджаро, Зепбаунд).

Таблиця 3. Фармакотерапія ожиріння

Назва препарату та підтримувальна доза для дорослих	Втрата маси тіла (% втрат від базової лінії)	Поширені побічні ефекти
Короткотривале лікування (12 тижнів)		
Симптоматичні аміни <u>аноректики</u>		
Фентермін (8-37,5 мг 1 р/добу)	4,9-5,0	Сухість у роті, безсоння, запаморочення, ↑АТ,↑ ЧСС
Тривале лікування (52- або 56 тижнів)		
Інгібітори ліпази		
Орлістат 60 мг 3 р/добу (ОТС); 120 мг 3р/добу (Rx)	9,6	Біль у животі, метеоризм. Позиви до дефекації
Комбінації опіоїдних антагоністів/антидепресантів		
Налтрексон/бупропіон ER 16/180 2р/добу	5,0	Закреп, нудота, головний біль, ксеростомія, безсоння, ↑АТ,↑ ЧСС
Агоністи рецепторів ГПП-1		
Ліраглутид 3 мг 1 раз/добу Семаглутид 2,4 мг 1 р/тиж	4,7-6,0 7,0-9,6	ШКТ (нудота, блювання, діарея, езофагеальний рефлюкс, реакції у місці ін'єкції, гіпоглікемія, ↑ ЧСС
Подвійний агоніст рецептора ГП і ГПП-1		
Тирзепатид 5,10 або 15 мг 1 раз/тиж	12,8-14,7	ШКТ (нудота, блювання, діарея, езофагеальний рефлюкс, реакції в місці ін'єкції, гіпоглікемія, ↑ ЧСС. За підозри на панкреатит слід припинити прийом.

модифікації способу життя. Саме тому основним аспектом немедикаментозного лікування є психотерапія (індивідуальна, групова, сімейна), яка допомагає людям з ожирінням покращити свою самооцінку, розробити здорові стратегії харчування та управління емоціями, а також впоратися з психологічними проблемами, пов'язаними з ожирінням, такими як депресія, тривожність і соціальна ізоляція. Поєднання правильного харчування, регулярної фізичної активності, психологічної підтримки та модифікації способу життя може сприяти ефективному контролю маси тіла й загальному покращенню стану здоров'я.

Зареєстрованим в Україні препаратом, який можна призначати при ожирінні за наявності супутніх захворювань, пов'язаних із масою тіла (переддіабет або ЦД 2-го типу, гіпертензія, дисліпідемія або обструктивне апное), є лише Саксенда, діючою речовиною якого є **ліраглутид**. Застосування ліраглутиду в дозі 3,0 мг підшкірно 1 раз на добу паралельно із модифікацією способу життя ефективно сприяє зниженню маси тіла в пацієнтів із надмірною вагою або ожирінням. Це доведено на основі рандомізованого контрольованого дослідження SCALE Obesity and Prediabetes — 1839, у якому взяли участь

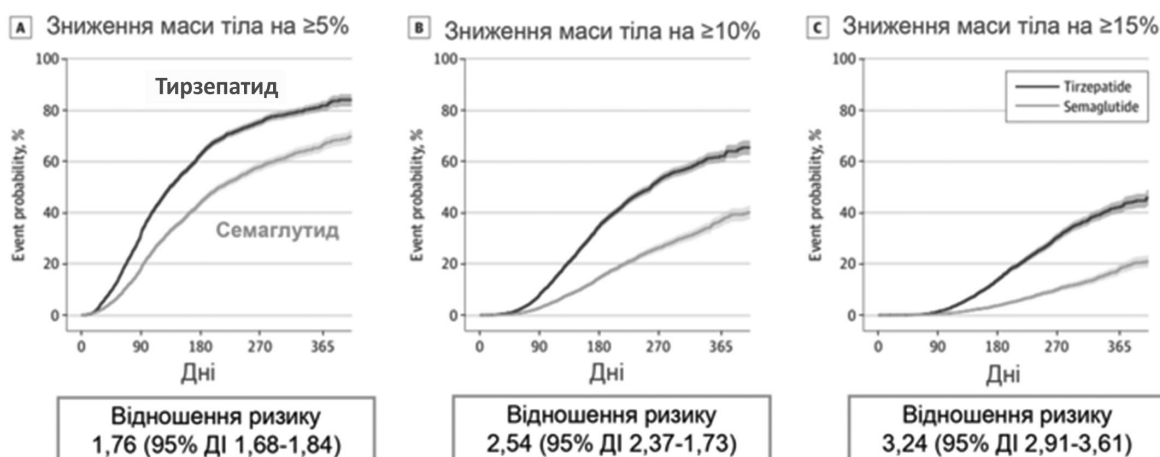


Рис. 8. Ефективність тирзепатиду порівняно із семаглутидом у зниженні маси тіла

3731 пацієнт. Із них 2487 осіб отримували ліраглутид у дозі 3,0 мг один раз на добу в поєднанні зі зміною способу життя, тоді як 1244 пацієнти отримували плацебо на тлі аналогічної модифікації способу життя [8]. Учасники мали подібні основні характеристики, такі як стать, вік, належність до етнічної групи, маса тіла, ІМТ, окружність талії, рівень глікозильованого гемоглобіну, глюкози та інсуліну натще, артеріального тиску, холестерину, вільних жирних кислот. Загалом 1789 (71,9%) пацієнтів у групі ліраглутиду та 801 (64,4%) — у групі плацебо пройшли повністю 56-тижневий курс лікування. Через 56 тижнів пацієнти в групі ліраглутиду втратили в середньому $8,0 \pm 6,7\%$ ($8,4 \pm 7,3$ кг) маси тіла, тоді як пацієнти групи плацебо — $2,6 \pm 5,7\%$ ($2,8 \pm 6,5$ кг) маси тіла. У результаті зниження маси тіла було відзначено в близько 92% пацієнтів, які отримували ліраглутид, та 65% пацієнтів групи плацебо. У групі ліраглутиду також зафіксовано більше зменшення середньої окружності талії та ІМТ, ніж у групі плацебо.

Дослідження Semaglutide Treatment Effect in People with Obesity (STEP), опубліковане у 2021 році, показало, що протягом 68 тижнів учасники з надмірною вагою та ожирінням, але без ЦД в анамнезі втратили в середньому 14,9% ваги на тлі підшкірного введення семаглутиду в дозі 2,4 мг 1 раз на тиждень, тоді як ті, хто приймав плацебо, втратили 2,4% [9].

У 2023 році було опубліковано дослідження SELECT, у якому взяли участь 17 604 пацієнти з ІМТ понад 27 кг/м^2 та наявними в анамнезі серцево-судинними захворюваннями, але без ЦД. Учасники отримували 2,4 мг семаглутиду підшкірно протягом у середньому 33 місяців. Під час дослідження доведено, що семаглутид знижує ризик виникнення нефатального інфаркту міокарда та нефатального інсульту, а також ризик смерті від серцево-судинних причин на 20% [10].

Наразі існує 3 оригінальних препарати семаглутиду: Оземпик — для лікування ЦД 2-го типу, Рібелсус — таблетована форма для лікування ЦД 2-го типу, Вегові — для лікування ожиріння. Однак саме Оземпик став популярним препаратом для лікування ожиріння. В Україні препарат Оземпик зареєстрований із 2022 року, а Вегові — з 2024 року.

Серед інноваційних препаратів, що демонструють вищу ефективність у зниженні маси тіла порівняно із семаглутидом, — **тирзепатид (торгові назви: Мунджаро, Зепбаунд)**. Тирзепатид діє за рахунок активізації рецепторів інкретинових гормонів — глюкозозалежного інсулінотропного поліпептиду (GIP) та глюкагоноподібного пептиду 1 (GLP-1), які секретуються кишечником у відповідь на прийом їжі. Саме додатковий механізм впливу на рецептори GIP, імовірно, є перевагою тирзепатиду. Препарат довів свою ефективність для довгострокової корекції ваги в поєднанні з низькокалорійною дієтою та підвищеною фізичною активністю. Це підтверджено результатами дослідження SURMOUNT-1, у якому взяли участь 2539 осіб із надмірною вагою чи ожирінням, але без ЦД в анамнезі. Учасники, розподілені у співвідношенні 1:1:1:1, 1 раз/тиж протягом 72 тижнів отримували підшкірно 5 мг, 10 мг, 15 мг препарату та плацебо відповідно. Середня втрата ваги серед тих, хто отримував 5 мг протягом 72 тижнів, становить 15% від вихідного рівня, 10 мг — 19,5%, 15 мг — 20,9%, тоді як під час прийому плацебо — всього 3,1% від вихідного рівня [11].

Результати ще одного дослідження свідчать, що тирзепатид є більш дієвим у зниженні маси тіла, ніж семаглутид [12] (рис. 8).

Отже, Зіпбаунд і Мунджаро є перспективними інноваційними лікарськими засобами в боротьбі з надмірною вагою та ожирінням.

Список використаної літератури

1. Federation, WO. World obesity atlas 2024. London: World obesity federation. 2024. https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof/files/WOF_Obesity_Atlas_2024.pdf.
2. Rubinoa F, Batterhamb R, Koch M. Lancet Diabetes & Endocrinology Commission on the Definition and Diagnosis of Clinical Obesity. 2023. [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(23\)00058-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(23)00058-X/abstract).
3. Thomas DM, Bredlau C, Bony-Westphal A. Relationships between body roundness index with body fat and visceral adipose tissue emerging from a new geometrical model. Obesity (Silver Spring). 2013.
4. Zhang X, Ma N, Lin Q et al. JAMA Network Open. 2024;7(6):e2415051.
5. Maessen MF, Eijssvogels TM, Verheggen RJ, Hopman MT, Verbeek AL, de Vegt F. Entering a new era of body indices: the feasibility of a body shape index and body roundness index to identify cardiovascular health status. PLoS One. 2014 Sep 17.
6. Chang Y, Guo X, Chen Y, Guo L, Li Z, Yu S, Yang H, Sun Y. A body shape index and body roundness index: two new body indices to identify diabetes mellitus among rural populations in northeast China. BMC Public Health. 2015.
7. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Care in Diabetes–2024. Diabetes Care 2024;47(Supplement_1):S145–S157.
8. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. 2015.
9. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al. STEP 1 Study Group. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. N Engl J Med, 2021.
10. Michael Lincoff, MD, Kirstine Brown-Frandsen, MD, Helen M. Colhoun, Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. 2023.
11. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. 2022.
12. Rodriguez PJ. et al. Semaglutide vs Tirzepatide for Weight Loss in Adults With Overweight or Obesity. JAMA Intern Med. 2024.

A NEW APPROACH TO DETERMINING DIAGNOSTIC CRITERIA AND MANAGEMENT TACTICS OF CLINICAL OBESITY

V.A. Skybchyk, D.M. Marshalkiv, M.O. Voitovych

Abstract. Diagnostic criteria and management of clinical obesity are presented in the article, based on modern recommendations of the Commission of definition and diagnostic of obesity (2025), that have been endorsed by more than 76 organisations worldwide, including scientific societies and patient advocacy groups. A special attention is paid to the diagnostic methods of obesity, especially to the body roundness index (BRI). Advantages of BRI are presented in comparison with the traditional measurement of obesity – body mass index (BMI). Two new categories of obesity are suggested: pre-clinical and clinical. Two absolutely different strategies of clinical and pre-clinical obesity management are suggested by experts.

Relevance and effectiveness of weight-loss medicines, such as glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptors agonists and the dual glucose-dependent insulintropic polypeptide (GIP) receptor agonist are discussed in the article.

Key words: pre-clinical obesity, clinical obesity, body roundness index, glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptors agonists, dual glucose-dependent insulintropic polypeptide (GIP) receptor agonist.

Для цитування: Скибчик ВА, Маршалків ДМ, Войтович МО. Новий підхід до визначення діагностичних критеріїв і тактики ведення клінічного ожиріння. Практикуючий лікар, 2025, № 2, с. 20–28. DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-2.20.

Адреса для листування: Скибчик Василь Антонович, profvas292@gmail.com; кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», м. Львів, вул. Пекарська, 69, Україна, 79010. Маршалків Діана Мар'янівна, dianamarshalkiv@ukr.net; кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», м. Львів, вул. Пекарська, 69, Україна, 79010; Войтович Мар'яна Олександрівна, 23011981maryana@gmail.com; 1 Територіальне медичне об'єднання відокремлений підрозділ «Лікарня Святого Луки», м. Львів, вул. Навроцького, 23, Україна, 79000.

Відомості про авторів: Скибчик Василь Антонович, доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID 0000-0002-7140-0162. Маршалків Діана Мар'янівна, лікарка-інтерн за спеціальністю «Внутрішні хвороби» кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0009-0003-7098-0155; Войтович Мар'яна Олександрівна, лікарка-кардіолог 1 Територіального медичного об'єднання відокремлений підрозділ «Лікарня Святого Луки». ORCID: 0009-0002-8501-3902.

Особистий внесок: Скибчик В.А. — генератор ідеї, написання статті, редагування матеріалу. Маршалків Д.М. — участь у написанні та підготовці статті до друку. Войтович М.О. — аналіз літератури, участь у підготовці статті до друку.

Фінансування: Стаття підготована в рамках бюджетного фінансування ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького».

Декларація: Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Проходження статті: Надійшла до редакції 12.05.2025 р., прийнята на друкування 28.05.2025 р., надрукована 30.06.2025 р.

For citation: Skybchyk VA, Marshalkiv DM, Voitovych MO. A new approach to determining diagnostic criteria and management tactics of clinical obesity. The Practitioner, 2025, № 2, p. 20–28. DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-2.20.

Correspondence address: Skybchyk Vasyl Antonovych, profvas292@gmail.com; SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv», Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, FPGE, Lviv, Pekarska street, 69, Ukraine, 79010. Marshalkiv Diana Maryanivna, dianamarshalkiv@ukr.net; SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv», Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, FPGE, Lviv, Pekarska street, 69, Ukraine, 79010. Voitovych Maryana Oleksandrivna, 23011981maryana@gmail.com; 1 Territorial medical association separate unit of the «Hospital of Saint Luke», Lviv, Navrotskogo street, 23, Ukraine, 79000.

Information about the authors: Skybchyk Vasyl Antonovych, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, FPGE, SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv». ORCID: 0000-0002-7140-0162. Marshalkiv Diana Maryanivna, resident by the specialty «Internal diseases» of the Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, FPGE, SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv». ORCID: 0009-0003-7098-0155; Voitovych Maryana Oleksandrivna, cardiologist of the 1 Territorial medical association separate unit of the «Hospital of Saint Luke». ORCID: 0009-0002-8501-3902.

Personal contribution: Skybchyk VA — idea generation, article writing, material editing. Marshalkiv DM — participation in writing and preparing the article for publication. Voitovych MO — analyzing literature data, support during the writing of the article.

Funding: The article was prepared within the budget funding of the SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv».

Declaration of Ethics: The authors declare that there is no conflict of interest or financial bias.

Article: Received 12.05.2025, accepted 28.05.2025, published 30.06.2025