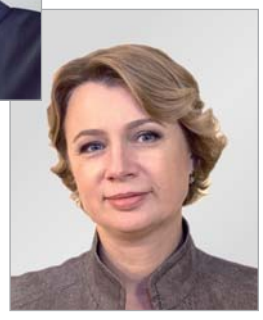
Практичні аспекти ведення пацієнтів із зайвою вагою: 5 кроків у менеджменті ожиріння

Л.К. Соколова



А.М. Урбанович

Сучасні світові тенденції показують, що проблема зайвої ваги й ожиріння з кожним роком стає все актуальнішою. Так, за останні півстоліття кількість людей з ожирінням на планеті зросла більш ніж утричі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), станом на 2016 рік понад 1,9 млрд дорослих старше 18 років мали надмірну вагу, із них понад 650 млн – ожиріння (ВООЗ, 2021).
Не дивно, що тема ожиріння та зайвої ваги обговорюється на багатьох вітчизняних і міжнародних заходах, спрямованих на безперервний професійний розвиток лікарів. Не став винятком і науково-освітній проєкт «Школа ендокринолога», у рамках якого був проведений майстер-клас «5 кроків у менеджменті ожиріння». Спікерами заходу стали провідні українські ендокринологи – старший науковий співробітник, керівник відділу діабетології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», доктор медичних наук Любов Костянтинівна Соколова і завідувач кафедри ендокринології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук, професор Аліна Мечиславівна Урбанович. Майстер-клас відбувався в інтерактивному форматі і супроводжувався жвавим діалогом доповідачів з аудиторією.

Ключові слова: *ожиріння, зайва вага, індекс маси тіла, фармакотерапія, ліраглутид, Саксенда, здоровий спосіб життя.*

Незважаючи на те що більшість людей розуміють масштабність проблеми і негативні наслідки впливу на здоров'я зайвої ваги, мало хто досягає успіху в корекції цього стану. Це пов'язано з кількома факторами, які залежать не лише від пацієнта з ожирінням, а й від лікарів. Отже, розглянемо їх нижче.

1. Відсутність мотивації схуднути. Проблема мотивації відіграє важливу роль у менеджменті ожиріння, адже людина не вноситиме корективи у звичний ритм життя, поки не зрозуміє, яка в цьому користь. Згідно з даними дослідження ACTION IO, лікарі вважають, що 68% їхніх пацієнтів з ожирінням не мають мотивації щодо зменшення своєї ваги. Тому вони навіть не обговорюють цю проблему з хворим, вирішивши, що його все влаштовує. Насправді лише 20% осіб з ожирінням недостатньо мотивовані працювати над нормалізацією маси тіла (Caterson I.D., 2019).

2. Відсутність віри в те, що схуднення можливе. Встановлено, що від моменту першої спроби схуднути до обговорення проблеми ваги з лікарем у середньому проходить 6 років (Caterson I.D., 2019). За цей час людина зазвичай випробовує декілька, часто екстремальних, методик схуднення (голодування, монодієти), які або не приносять ефекту, або забезпечують втрату кількох кілограмів, які з надлишком повертаються після відновлення звичного режиму активності й харчування. У результаті 15% осіб вважають, що не здатні схуднути. Щодо лікарів, то 46% із них не вірять, що пацієнт зможе знизити вагу.

3. Відсутність розуміння негативних наслідків ожиріння. 10% осіб з ожирінням вважають себе здоровими. Вони просто не обізнані в тому, що ожиріння – це не просто естетична проблема, а предиктор виникнення артеріальної гіпертензії (АГ), цукрового діабету (ЦД) і серцево-судинних ускладнень. Сумно, але 39% медичних працівників також вважають, що зайва вага не є медичною проблемою (Caterson I.D., 2019).

У результаті виникає ситуація перекладання відповідальності один на одного: 68% пацієнтів чекають, поки лікар сам почне розмову про ожиріння, а 71% лікарів упевнені, що пацієнта не цікавлять питання схуднення (Caterson I.D., 2019). Для того щоб розірвати це замкнене коло, лікар має першим почати говорити про проблему.

Безумовно, це непросте завдання, оскільки надмірна вага – болюча і водночас делікатна тема. Проте 5 послідовних кроків допоможуть розпочати і продовжити розмову про ожиріння, розробити план дій і активно рухатися на шляху до досягнення успіху в зниженні та контролі ваги, покращенні стану здоров'я та якості життя пацієнтів.

Крок 1. Ініціація обговорення проблеми ожиріння з пацієнтом

На початку бесіди важливо запитати дозволу, оскільки ця тема доволі чутлива для багатьох пацієнтів. Якщо пацієнт відмовляється розмовляти про свою вагу, не наполягайте, а скажіть, що зможете обговорити це питання в майбутньому, якщо він передумає. Отримавши дозвіл обговорювати вагу, важливо надалі використовувати позитивні, мотиваційні й орієнтовані на пацієнта формулювання (Wadden T., Didie E., 2003).

Приклади корисних запитань для підвищення мотивації пацієнта до змін (Schutz D. et al., 2019):

- Чи можна поговорити про вашу вагу?
- Як ви зараз ставитеся до своєї ваги?
- Наскільки для вас зараз важливо змінити свою поведінку?
- Наскільки ви впевнені, що зможете змінити свій спосіб життя?
- Чи відбуваються зараз у вашому житті якісь стресові події, які можуть стати на заваді?
- Якби ви вирішили змінити свій спосіб життя, що саме ви б змінили? Які дві-три переваги ви могли б отримати від цього?
- Якщо ви вирішите внести цю зміну, як би ви це зробили?
- Як наша дискусія допомогла вам рухатися вперед?
- Якими ви бачите подальші дії?
- Що для вас означає «здорове харчування?
- Чи відчуваєте ви голод і ситість?
- Чи їсте ви, коли вам нудно, у стресі або сумуєте?
- Який час дня (або вечора) ви вважаєте найкращим для занять фізичними вправами?
- Що для вас означає фізична активність?
- Яка фізична активність вам подобається зараз чи подобалася раніше?
- Які розумні цілі ви можете поставити щодо своєї ваги?
- З яких змін ви б хотіли почати?
- Яку допомогу ви хотіли б отримати для досягнення ваших цілей?

Треба визнати, що 7% популяції з ожирінням не висловлюють бажання щось у собі змінювати і змінюватися (Caterson I.D. et al., 2019), і, безумовно, лікар не має їх примушувати. Якщо пацієнт відмовляється розмовляти про свою вагу, потрібно сказати, що ви завжди готові обговорити це питання в майбутньому, якщо він передумає. Якщо ж особа зацікавлена в зменшенні ваги, треба перейти до наступного етапу.

Крок 2. Діагностика

Діагностика ожиріння починається з оцінки індексу маси тіла (ІМТ) пацієнта. Формула для її визначення добре відома: ІМТ (кг/м^2) = вага (кг)/ ріст (м)^2

Відповідно, необхідно виміряти зріст і вагу особи. Якщо з першим показником проблем не виникає, то під час оцінки другого необхідно дотримуватися кількох правил, які зроблять процедуру максимально комфортною для пацієнта (NHLBI, 2003; WHO, 2020):

- переконайтеся, що ваги розміщені в місці, яке забезпечує приватність;
- переконайтеся, що шкала ваг розрахована більш як на 200 кг;
- утримуйтеся від оголошення ваги пацієнта в неприватній обстановці.

На основі показників ІМТ ВООЗ пропонує класифікацію, наведену в таблиці 1, яка призначена для визначення стратегій і ухвалення рішень на рівні населення і в ході клінічних досліджень.

Окружність талії (ОТ) – ще один важливий показник для оцінки ризиків для здоров'я. Він дає можливість оцінити кількість вісцерального жиру і є корисним предиктором метаболічних і серцево-судинних захворювань, пов'язаних із розподілом жиру в організмі (Schutz D. et al., 2019). У нормі ОТ має бути <80 см для жінок і <94 см у чоловіків.

Таблиця 1. **Класифікація відповідно до ІМТ (ВООЗ)**

Класифікація[1-2]	ІМТ, кг/м^2
Недостатня маса тіла	<18,5
Нормальна маса тіла	18,5-24,9
Надмірна маса тіла	25-29,9
Ожиріння	≥30,0
Ожиріння I типу	30,0-34,9
Ожиріння II типу	35,0-39,9
Ожиріння III типу	≥40,0

1. Yumuk V. et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obes Facts. 2015;8(6):402-24. 2. WHO. Body mass index – BMI. https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi

ОТ >88 см у жінок і >102 см у чоловіків треба розглядати як граничні значення, які вказують на підвищений кардіометаболічний ризик.

Лабораторна діагностика є важливою частиною оцінки стану пацієнта на початковому етапі та повинна ґрунтуватися на клінічній оцінці. Лабораторна діагностика доповнює збір анамнезу та клінічне обстеження. Додатковими лабораторними дослідженнями, які можуть бути корисними в пацієнтів з ожирінням, є визначення:

- Рівня глюкози крові натще.
- Ліпідного профілю (рівні загального холестерину (ХС), ХС ліпопротеїнів високої щільності, ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), тригліцеридів).
- Функції печінки (рівні аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, гамма-глутамілтрансферази). Якщо підвищені рівні печінкових ферментів, УЗД, біопсія печінки.
- Функції нирок (рівень креатиніну).
- Функції щитоподібної залози (рівень тиреотропного гормону).
- Наявності ендокринних порушень (синдром Кушинга, захворювання гіпоталамуса) за наявності клінічних показань.
- Наявності апное сну за показаннями.
- Індексу запалення (рівні високочутливого С-реактивного протеїну, феритину).
- Рівня сечової кислоти в крові в разі подагри.
- Функції серцево-судинної системи (ергометрія, ехокардіографія) за показаннями.

Метою антропометричної, клінічної та лабораторної оцінки хворого з ожирінням є виявлення ускладнень, пов'язаних з ожирінням, і визначення ступеня їх тяжкості.

Крок 3. Обговорення

Після комплексної діагностики достатньо часу необхідно приділити обговоренню отриманих результатів і встановленню майбутніх цілей. Потрібно пояснити пацієнтові, що ожиріння не є його провиною. Важливо допомогти йому зрозуміти, що на масу тіла впливає багато різних факторів, у тому числі генетика, чинники довкілля і гормони, і саме тому схуднення й утримання зменшеної ваги може стати викликом для кожного, в кого є така проблема (Wright S.M. et al., 2012; NIH, 2020).

Під час розмови про зниження та утримання ваги треба детально вивчити й обговорити анамнез зміни ваги пацієнта, щоб зрозуміти можливі причини її набору, проаналізувати вже зроблені до цього спроби схуднення й мати можливість обговорити будь-які проблеми, з якими пацієнт стикався.

Після того як ви зрозумієте поточну ситуацію з вагою і попередній досвід пацієнта, можна переходити до спільного обговорення і постановки цілей. Для початку з'ясуйте цілі вашого пацієнта. Мотивація щодо зменшення ваги різна в кожної людини: хтось просто переймається своїм зовнішнім виглядом, хтось хоче вести активне життя, займатися улюбленою справою і проводити час з дітьми, а для інших ожиріння – це медична проблема, яка не дає можливості завагітніти або створити сім'ю.

З'ясувавши мотивацію пацієнта, ви можете допомогти йому визначити реалістичні й досяжні цілі. Так, реалістичною ціллю є втрата 5-10% від початкової ваги впродовж наступних півроку. Для прикладу: якщо пацієнт важить 100 кг, то за наступних 6 міс він має втратити 5-10 кг, тобто 1-2 кг за місяць. Така ціль цілком реальна.

Таблиця 2. **Постановка цілей при менеджменті ожиріння**

Нечітка ціль	Конкретна ціль	Відстеження	Кінцева точка
Втратити вагу	Втратити 15% поточної маси тіла	Втрата 0,5 кг на тиждень	Досягнення мети протягом 12 міс
Виглядати краще в одязі	Зручно носити (конкретний предмет або розмір одягу)	Зменшення розміру одягу на один кожні 3 міс	Досягнення мети до (дата завершення)
Більше часу грати з дітьми	Можу ходити до парку з дітьми, не зупиняючись і не відпочиваючи	Зменшення вдвічі кількості зупинок щомісяця	Досягнення мети протягом 6 міс

	Надмірна маса тіла		Ожиріння		
	ІМТ 25-26,9 кг/м²	ІМТ 27-29,9 кг/м²	І ступеня ІМТ 30-34,9 кг/м²	ІІ ступеня ІМТ 35-39,9 кг/м²	ІІІ ступеня ІМТ ≥40 кг/м²
Дієта, фізична активність і зміни поведінки	+	+	+	+	+
Фармакотерапія		За наявності коморбідності	+	+	+
Хірургічне втручання				За наявності коморбідності	+

Рис. 1. Поетапний підхід до лікування осіб із надмірною масою тіла та ожирінням

Потрібно враховувати як короткострокові, так і довгострокові цілі. Разом зі своїм пацієнтом з'ясуйте, яким чином він зможе їх досягти. Кроки мають бути вимірюваними і згодом ставати базою один для одного. Зрештою встановіть реалістичні дати, до яких пацієнт прагнутиме досягти як короткострокових, так і довгострокових цілей, і, що важливо, налаштуйте його на те, що боротьба з ожирінням – процес довготривалий.

Приклади постановки цілей відображені в таблиці 2.

Крок 4. Лікування

Ожиріння – хронічне рецидивне прогресувальне захворювання, при якому лікування має бути спрямоване як власне на ожиріння, щоб поліпшити загальний стан здоров'я та якість життя пацієнта, так і на корекцію ускладнень, пов'язаних із надлишковою вагою.

Ожиріння можна ефективно лікувати за допомогою різноманітних доступних підходів залежно від індивідуальних особливостей пацієнта і тяжкості захворювання. Зміна способу життя має бути першочерговим способом втручання для всіх осіб з ІМТ ≥25 кг/м².

Важливо, що корекція способу життя має бути частиною будь-якого втручання, націленого на схуднення. Більшість ключових настанов із лікування ожиріння наголошують на обов'язковості трьох компонентів зміни способу життя (Garvey W.T. et al., 2016). Це:
- план харчування;
- фізична активність;
- модифікація поведінки.

Однак цих втручань не завжди достатньо для зниження та утримання втрати ваги, і тоді виникає потреба в медикаментозній корекції ожиріння. Поетапний підхід до лікування осіб із надмірною масою тіла та ожирінням відображений на рисунку 1.

Таким чином, за наявності в пацієнтів ожиріння (ІМТ >30 кг/м²) або надмірної ваги (ІМТ >25 кг/м²), коморбідних станів (предіабет, ЦД, АГ, синдром полікістозних яєчників, депресія, нездоланна тяга до їжі) можна розпочинати застосування медикаментозної терапії на додаток до змін способу життя. При цьому необхідно пояснити пацієнтові, що в нього є супутні захворювання, які прогресуватимуть зі збільшенням ваги, тому ви вирішили призначити засіб, який допоможе знизити вагу і контролювати масу тіла.

На сьогодні єдиним доступним в Україні засобом із надійною доказовою базою щодо терапії ожиріння є ліраглутид у дозі 3 мг/добу (Саксенда®). Клінічна ефективність і безпека препарату Саксенда® доведені в клінічних дослідженнях програми SCALE за участю 5358 осіб (Pi-Sunyer X. et al., 2015; Wadden T.A. et al., 2013; Davies M.J., 2015; Blackman A. et al. 2016). Було доведено, що Саксенда® дає можливість знизити вагу та утримувати результат у різних популяціях пацієнтів з ожирінням.

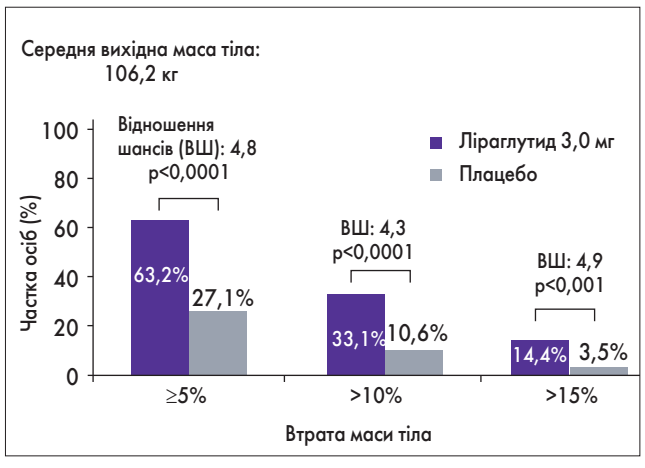


Рис. 2. Частка осіб, які втратили ≥5%, >10%, >15% вихідної маси тіла при застосуванні підшкірних ін'єкцій ліраглутиду в дозі 3,0 мг/добу або плацебо до 56-го тиж
(дослідження SCALE Obesity and Prediabetes, Pi-Sunyer X. et al., 2015)

Встановлено, що застосування підшкірних ін'єкцій ліраглутиду (3 мг/добу) протягом року в осіб з ожирінням і предіабетом сприяло достовірному зниженню маси тіла в середньому на 9,2%. У кожного 3-го пацієнта, який застосовував препарат Саксенда®, маса тіла знизилася на ≥10%, що відображено на рисунку 2 (Pi-Sunyer X. et al., 2015).

Крім того, Саксенда® 3,0 мг/добу сприяє додатковій втраті ваги й утриманню результату зниження маси тіла, досягнутому при застосуванні дієти і фізичних вправ. У дослідженні SCALE Maintenance було показано, що 81% осіб з ожирінням, рандомізованих у групу застосування препарату Саксенда® + дієта і фізичні вправи, зберегли втрату ваги ≥5% проти 49% учасників групи плацебо + дієта і фізичні вправи. Сумарна середня втрата ваги при застосуванні препарату становила12,2%, що відображено на рисунку 3.

Загалом застосування підшкірно препарату Саксенда® в дозі 3 мг 1 раз на добу призводило до зменшення ОТ в середньому на 8,2 см. **Зниження маси тіла відбувалося завдяки переважній втраті вісцерального жиру порівняно з підшкірним. Застосування препарату Саксенда® сприяло достовірному зниженню маси тіла та супроводжувалося низкою додаткових переваг:**
- зниженням ризику розвитку ЦД 2 типу на ~80%;
- зниженням артеріального тиску;
- покращенням показників ліпідного профілю;
- покращенням якості життя, пов'язаної зі здоров'ям.

Завдяки ефективності та профілю безпеки, доведеним у міжнародних клінічних дослідженнях за участю тисяч осіб з ожирінням і надмірною вагою ліраглутид увійшов до низки міжнародних ендокринологічних рекомендацій із лікування ожиріння.

Варто підкреслити, що для досягнення всіх вищезгаданих ефектів зі зниження та контролю маси тіла в осіб з ожирінням ліраглутид (Саксенда®) має застосовуватися в підтримувальній лікувальній дозі 3 мг. Лікування потрібно починати з дози препарату Саксенда® 0,6 мг/добу і проводити поступову титрацію, збільшуючи дозу на 0,6 мг щотижня до досягнення терапевтичної підтримувальної дози 3 мг/добу.

Для покращення переносимості терапії необхідно дотримуватися таких рекомендацій:

1. Повільно збільшувати дозу щотижня на 0,6 мг до досягнення добової дози 3,0 мг.
2. Якщо пацієнт погано переносить підвищення дози, можна тимчасово повернутися до попередньої дози, яка добре переносилась, і знову спробувати підвищити дозу через кілька днів або через тиждень, залежно від тяжкості проявів небажаних симптомів; або відкласти збільшення дози на тиждень.
3. Можна змінити час уведення препарату, наприклад увечері перед сном, залежно від відповіді пацієнта на лікування.
4. Порадити пацієнтам пристосувати харчові звички для запобігання побічним ефектам, зокрема їсти часто малими порціями, добре пережовувати їжу, обмежувати об'єм напоїв під час прийому їжі, уникати страв із різким запахом і жирних продуктів.
5. Нагадати пацієнту, що більшість побічних ефектів із боку травної системи зазвичай мають тимчасовий і легкий або помірний характер і не призводять до припинення лікування.
6. Рекомендувати пацієнтам збільшити споживання води.
7. У тяжчих випадках нудоти і блювання можна розглянути доцільність призначення антиеметиків (метоклопраміду і ондансетрону).

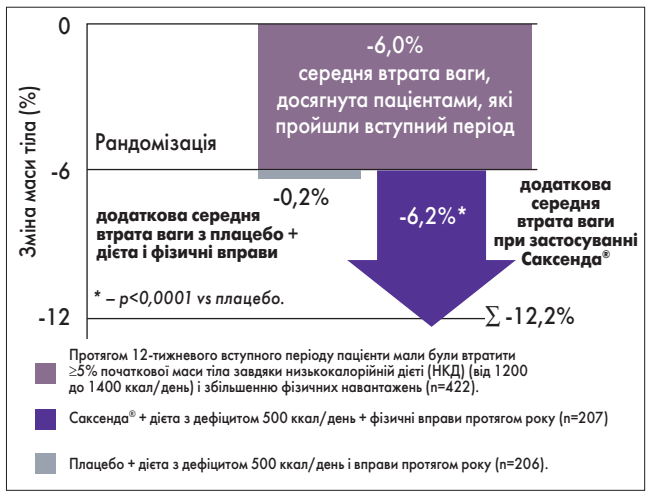


Рис. 3. Зміна маси тіла від початку вступного періоду до кінця 56-го тиж дослідження
(дослідження SCALE Maintenance, Wadden T.A. et al., 2013)

Крок 5. Контроль динаміки

Дані свідчать про те, що часті консультації щодо обговорення утримання ваги на нормальному рівні допомагають пацієнтам у боротьбі з ожирінням. Саме тому контроль динаміки не менш важливий, ніж усі попередні етапи менеджменту ожиріння.

У разі призначення фармакотерапії її ефективність оцінюється через 3 міс застосування повної терапевтичної дози препарату (наприклад, ліраглутиду 3,0 мг на добу). За умови досягнення клінічного ефекту зниження ваги (на 5% від початкової маси тіла) фармакотерапію варто продовжувати.

Протягом перших 6 міс лікування бажано зустрічатися з пацієнтом не рідше 1 разу на місяць, для того щоб оцінювати досягнутий результат і обговорювати проблеми, з якими зіштовхнувся хворий, і шукати варіанти їх вирішення. Під час прийому необхідно зосередитися на трьох основних сферах.

1. Оцінка прогресу в зниженні та утриманні ваги

Розрахуйте ІМТ пацієнта і виміряйте в нього ОТ. Оцініть прогрес, визнаючи досягнення й корегуючи цілі, якщо необхідно. Дайте зрозуміти пацієнту, що зважування – не єдина причина для візиту: визнайте інші його досягнення окрім схуднення (наприклад, він став більше ходити пішки або харчуватися здоровою їжею).

2. Зміна підходу до лікування

Важливо змінити або посилити лікування, якщо необхідно, щоб запобігти поверненню ваги. Враховуйте анамнез ваги кожного пацієнта і його поточний стан, щоб визначити план подальшого лікування. Окрім менеджменту ожиріння потрібно контролювати і коморбідні стани пацієнта і, за потреби, вносити корективи в терапію АГ, дисліпідемії та інших супутніх захворювань.

3. Призначення нової зустрічі

Варто нагадувати пацієнту, що ви чекаєте його на прийом через місяць,– це покаже вашу зацікавленість у досягненні результату і підвищить мотивацію хворого.

Таким чином, ожиріння – це хронічне рецидивне прогресувальне захворювання, яке, однак, можна успішно контролювати, використовуючи 5 послідовних кроків (рис. 4).

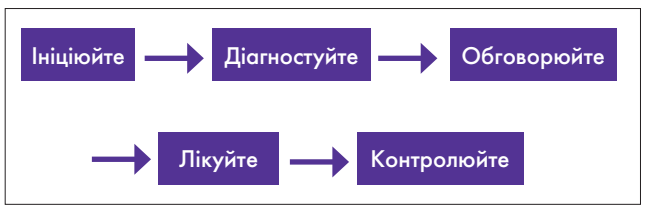


Рис. 4. П'ять кроків контролю захворювання ожиріння

Важливо встановити чіткі та вимірювані коротко- і довгострокові цілі лікування та контактувати з пацієнтом на всіх етапах терапії. Треба постійно контролювати результати лікування й обговорювати проблеми, з якими зіштовхнувся пацієнт, що покаже вашу зацікавленість у досягненні результату і підвищить мотивацію хворого.

Окрім зміни способу життя, який є першочерговим способом зменшення ваги для всіх осіб з ІМТ ≥25 кг/м², сьогодні є доведений спосіб медикаментозного лікування ожиріння – ліраглутид (Саксенда®) в дозі 3 мг/добу. Саксенда® показана при ІМТ ≥30 кг/м² або ≥27 кг/м² за наявності супутніх захворювань, пов'язаних з ожирінням.

Доведено, що застосування препарату Саксенда® в дозі 3 мг 1 раз на добу забезпечує зниження маси тіла і ОТ завдяки переважній втраті вісцерального жиру, що супроводжується низкою додаткових переваг, зокрема зниженням ризику розвитку ЦД 2 типу, артеріального тиску, покращенням показників ліпідного профілю та якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, що повністю відповідає цілям терапії ожиріння. Відповідно, препарат Саксенда® справедливо можна вважати препаратом першого вибору при лікуванні ожиріння, що знайшло відображення в низці міжнародних ендокринологічних настанов.

Список літератури – у редакції.

Підготувала ***Ганна Кирпач***

Saxenda®

Ліраглутид ін'єкція

Інноваційна терапія ожиріння, яка знижує масу тіла у 9 з 10 людей[1, 2, 4]

9 з 10 пацієнтів досягли достовірного зменшення маси тіла[2]

У 1 з 3 пацієнтів зниження ваги більше 10%[3]

Утримання результату протягом 3 років[1, 3]

Список літератури:

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу САКСЕНДА® (ліраглутид), розчин для ін'єкцій, 6 мг/мл. РП UA/18651/01/01, Наказ МОЗ України № 548 від 23.03.21. 2. Pi-Sunyer X,Astrup A, Fujioka K, et al; SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group;A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. N Engl J Med 2015; 373:11-22. 3. Le Roux CW, Astrup A, Fujioka K, et al; for the SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. 3 years of liraglutide versus placebo for type 2 diabetes risk reduction and weight management in individuals with prediabetes: a randomised, double-blind trial. Lancet. 2017;389(10077):1399-1409. 4. https://www.novonordisk.com/about/who-we-are.html доступно станом на 9.09.21

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу САКСЕНДА® (SAXENDA®)
Реєстраційне посвідчення № UA/18651/01/01, Наказ МОЗ України № 548 від 23.03.2021. ***Склад:*** *діюча речовина:* ліраглутид; 1 мл розчину містить6 мг ліраглутиду – аналога людського глюкагоноподібного пептиду-1 (ГПП-1), виготовленого за технологією рекомбінантної ДНК в *Saccharomyces cerevisiae;* одна попередньо заповнена шприц-ручка містить 18 мг ліраглутиду в 3 мл; *допоміжні речовини:* натрію гідрофосфат, дигідрат; пропіленгліколь; фенол; кислота хлористоводнева (для корекції pH); натрію гідроксид (для корекції pH); вода для ін'єкцій. **Фармакотерапевтична група.** Препарати, що застосовуються при цукровому діабеті, аналоги глюкагоноподібного пептиду-1 (ГПП-1). Код АТХ A10B J02. ***Показання.*** Лікарський засіб Саксенда® застосовуютьдля зменшення маси тіла як доповнення до дієти зі зниженою калорійністю та збільшеною фізичною активністю у дорослих пацієнтів з початковим індексом маси тіла (ІМТ) більше 30 кг/м^2 (ожиріння) або від 27 до 30 кг/м^2 (надмірна маса тіла) за наявності хоча б одного супутнього захворювання, пов'язаногоз масою тіла, такого як дисглікемія (переддіабет або цукровий діабет 2 типу), гіпертензія, дисліпідемія або обструктивне апное сну. Якщо через 12 тижнів після прийому добової дози 3,0 мг хворий не втратив щонайменше 5 % від початкової маси тіла, застосування лікарського засобу Саксенда® слід припинити. ***Протипоказання.*** Підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів лікарського засобу. ***Спосіб застосування та дози.*** Дозування Початкова доза становить 0,6 мг на добу. Для поліпшення переносимості з боку шлунково-кишкового тракту дозу слід збільшувати щотижня на 0,6 мг до досягнення добової дози 3,0 мг. Спосіб введення Лікарський засіб Саксенда® призначений тільки для підшкірного введення. Його не можна вводити внутрішньовенно або внутрішньом'язово. Препарат вводять підшкірно 1 раз на добу у будь-який час незалежновід вживання їжі. **Побічні реакції.** Найчастішими побічними реакціями були розлади травної системи (67,9 %). Список побічних реакцій *З боку імунної системи; порушення метаболізму і харчування; психічні розлади; з боку нервової системи; з боку серцево-судинної системи;з боку травної системи; з боку печінки та жовчних шляхів; з боку шкіри та підшкірних тканин; з боку нирок та сечовивідних шляхів; загальні розлади та реакції в місці ін'єкції; лабораторні дослідження.* ***Термін придатності.*** 30 місяців. Після першого застосування – 1 місяць. **Умови зберігання.** Зберігати в недоступному для дітей місці. Зберігати в холодильнику (2–8 °C) подалі від морозильної камери. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Заявник/Виробник.** А/Т Ново Нордіск. **Дата останнього перегляду.**

Інформацію подано скорочено. Будь ласка, ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу, перш ніж застосовувати або призначати препарат.
Представлена інформація призначена виключно для спеціалістів охорони здоров'я, а також для поширення на конференціях, симпозіумах, семінарах з медичної тематики.

novo nordisk®

ТОВ «Ново Нордіск Україна»,
Україна, 01014, м. Київ, вул. Болсуновська, 13-15,
телефон: (044) 389 44 00, факс: (044) 389 44 01.
www.novonordisk.ua, www.novonordisk.com

UA21SX00009