

## Evaluarea Excesului de Greutate, a Obezității și a Gradului de Risk\*

Două unități de măsurare importante în evaluarea țesutului adipos sunt indicele de masă corporală și circumferința taliei

### Indicele de Masă Corporală (IMC)

- Recomandat ca o abordare practică pentru evaluarea grăsimii corporale în cadrul clinic
- Se aplică pentru adulți începând cu vârsta de 20 de ani și mai în vârstă, indiferent de sex

**Calcularea:**

$$IMC = \frac{\text{greutatea (kg)}}{\text{înălțimea la puterea a doua (m}^2\text{)}}$$

### Circumferința Taliei

- Excesul de grăsime abdominală este un factor de risc important pentru maladie
- **Circumferința taliei ce reprezintă risc sporit: la bărbați > 102 cm; la femei > 88 cm**
- Pentru măsurare: localizați osul iliac superior și partea de sus a crestei iliace din dreapta, plasați banda de măsurare (orizontal) în jurul abdomenului, asigurați-vă că banda este comodă, nu comprimă pielea și este paralelă cu podeaua, la final citiți măsura indicată pe bandă

## Evaluarea factorilor de risc și a comorbidităților

### 1. Determinarea gradului de risc relativ în baza excesului de greutate și a obezității

Clasificarea Excesului de Greutate/Obezității conform IMC, Circumferinței Taliei și a Riscurilor de Maladii Asociate

	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Gradul de obezitate	Riscul de maladie <sup>1</sup> (Greutatea relativă/normală și circumferința taliei)	
			Bărbați ≤ 102 cm Femei ≤ 88 cm	≥ 102 cm ≥ 88 cm
Greutate subponderală	< 18.5		-	-
Greutate normală <sup>2</sup>	18.5 – 24.9		-	-
Exces de greutate	25 – 29.9		Sporit	Înalt
Obezitate	30 – 34.9	I	Înalt	Foarte Înalt
	35 – 39.9	II	Foarte Înalt	Foarte Înalt
Obezitate morbidă	≥ 40	III	Extrem de Înalt	Extrem de Înalt

<sup>1</sup> Risc de maladie pentru diabet de tip 2, dislipidemia, hipertensiunea și boli cardiovasculare

<sup>2</sup> Creșterea circumferinței taliei poate fi, de asemenea, un indicator de risc sporit chiar și la indivizii cu talie normală

\*Informație din „Prevenirea și Gestionarea Epidemiei Globale în Obezitate, Raport OMS”, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, iunie 1997

## Evaluarea factorilor de risc și a comorbidităților (continuare)

### 2. Identificarea pacienților cu risc absolut foarte înalt

- **Boală cardiacă coronariană**, inclusiv antecedente de infarct miocardic, angina pectorală (stabilă sau instabilă), chirurgie coronariană sau proceduri la artera coronare
- **Prezența altor boli aterosclerotice**, inclusiv maladia arterială periferică, anevrism aortic abdominal sau maladia simptomatică a arterei carotide
- **Diabetul de tip 2** (glucoza plasmatică  $\geq 6.99$  mmol/l sau glucoza plasmatică postprandială 2-h  $\geq 11.1$  mmol/l) este un factor de risc major pentru boala cardiacă coronariană
- **Apnee de somn**. Simptomele și semnele includ sforăitul foarte tare sau încetarea respirației în timpul somnului, care este adesea urmată de o respirație tare de compensare, apoi o trezire scurtă.

### 3. Identificarea altor boli asociate cu obezitatea

- Pacienții obezi sunt expuși unui risc sporit de dezvoltare a mai multor condiții și complicații, inclusiv anomalii ginecologice (de exemplu: menoragie, amenoree), osteoporoză, și calculi biliari.

### 4. Identificarea factorilor de risc cardiovascular care conferă un risc absolut înalt

Pacienții pot fi clasificați ca fiind cu risc absolut înalt pentru tulburări legate de obezitate, dacă aceștia au 3 sau mai mulți dintre următorii factori de risc:

- **Fumează**
- **Tensiune arterială:** sistolică  $\geq 140$  mm Hg sau diastolică  $\geq 90$  mmHg sau utilizarea curentă de medicamente antihipertensive
- **Risc ridicat de lipoproteine cu densitate joasă:** colesterol  $\geq 4.14$  mmol/l  
Un nivel de colesterol-lipoproteine cu densitate joasă la limita cu risc ridicat (3.36-4.11 mmol/l), plus 2 sau mai mulți alți factori de risc, de asemenea conferă un risc ridicat.
- **Lipoproteine cu densitate mare:** colesterol seric cu concentrația  $> 0.91$  mmol/l
- **Glicemia bazală:** glucoza plasmatică 6.11 – 6.94 mmol/l. Glicemia bazală este considerată de către mai multe autorități a fi un factor de risc independent pentru bolile cardiovasculare. Prin urmare, glicemia bazală este stabilită ca fiind un factor de risc pentru diabetul zaharat de tip 2.
- **Istoria de familie** include antecedente de boli cardiace coronariene premature sau moarte subită experimentată de către tată sau o altă rudă de gradul I de sex masculin la sau înainte de 55 de ani, sau cu experimentată de către mamă sau de o altă rudă de gradul I de sex feminin la sau înainte de 65 de ani.
- **Vârsta**  $\geq 45$  de ani pentru bărbați și  $\geq 55$  de ani pentru femei (sau post-menopauză).

### 5. Identificarea altor factori de risc

- **Lipsa de activitate fizică** conferă un risc crescut atât pentru bolile cardiovasculare cât și pentru diabetul de tip 2, exacerbează severitatea altor factori de risc și este un factor de risc independent pentru mortalitatea cauzată de bolile cardiovasculare și din alte motive
- **Un nivel ridicat de trigliceride serice** este frecvent asociat cu un cluster de factori de risc metabolici cunoscut sub numele de sindrom metabolic și este un indicator pentru creșterea riscului cardiovascular.

## Obiective pentru pierderea în greutate

- Scopul inițial al terapiei de pierdere în greutate ar trebui să fie reducerea greutateii corporale cu aproximativ **10% față de valoarea inițială**.
- Greutatea trebuie să scadă **în proporție de 500 g până la 1 kg pe săptămână** în baza unui deficit de calorii de 500 - 1000 kcal/zi.
- O perioadă de timp rezonabilă pentru a obține o reducere de 10% a greutateii corporale este de **6 luni**.

## Avantaje ale pierderii în greutate

- Pierderea în greutate contribuie la reducerea factorilor de risc pentru maladii, poate ajuta la reducerea riscului de a dezvolta boli și are efecte asupra tensiunii arteriale, concentrației lipidelor serice și a nivelului de glucoză din sânge.

### Tensiunea arterială

- Există dovezi solide și consistente că pierderea în greutate produsă de modificări ale stilului de viață reduce tensiunea arterială.
- Există dovezi limitate că o scădere a grăsimii abdominale reduce tensiunea arterială la persoanele supraponderale care nu sunt hipertensive cu toate că aceasta nu este independentă de pierderea în greutate.

### Lipidele serice/plasmatic

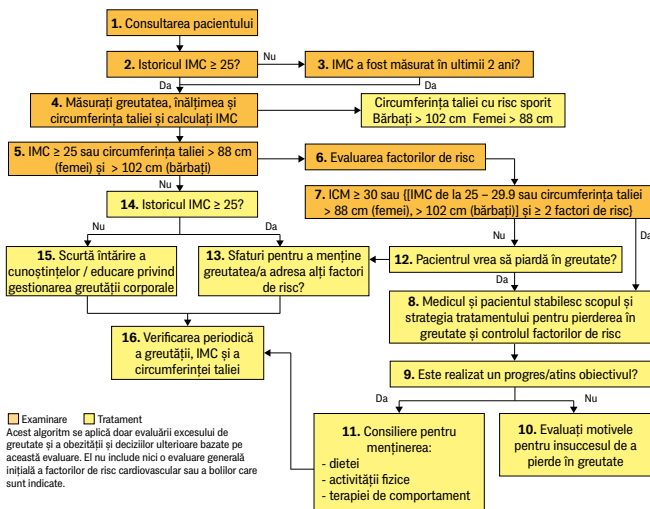
- Există dovezi puternice că pierderea în greutate prin modificarea stilului de viață în cazul persoanelor supraponderale este însoțită de un nivel redus de trigliceride serice și un nivel crescut de colesterol la nivelul lipoproteinelor cu densitate mare.
- Pierderea în greutate produce în general o anumită reducere a colesterolului seric total și a riscului de lipoproteine cu densitate joasă.
- Pierderea în greutate este recomandată pentru scăderea valorilor crescute ale colesterolului total, a nivelului de lipoproteine cu densitate joasă și a trigliceridelor, precum și creșterea nivelurilor scăzute de lipoproteinelor cu densitate mare și colesterol la persoanele supraponderale și obeze cu dislipidemie.

### Glucoza în sânge

- Există dovezi puternice că pierderea în greutate produsă de modificări ale stilului de viață reduce nivelul de glucoză în sânge la persoanele supraponderale și obeze care nu suferă de diabet zaharat.
- Pierderea în greutate se recomandă pentru scăderea nivelului ridicat de glucoză în sânge la persoanele supraponderale și obeze ce suferă de diabet de tip 2.

# Gestionarea Excesului de Grăsime și a Obezității\*

## Algoritmul de evaluare și tratament



1. Orice interacțiune care oferă posibilitatea de a evalua starea de greutate a unui pacient și oferă recomandare, consiliere sau tratament.
2. Urmărește să stabilească dacă pacienții au fost vreodată supraponderali.
3. Pentru cei care nu au fost supraponderali, un interval de 2 ani este adecvat pentru evaluarea IMC.
4. Greutatea trebuie să fie măsurată astfel încât IMC să poată fi calculat. Cele mai multe diagrame se bazează pe greutatele pacientului obținute purtând lenjerie și fără pantofi.
5. Relația dintre greutate și mortalitate are forma literei J, iar dovezile sugerează că partea dreaptă a literei "J" începe să crească la un IMC de 25. Circumferința taliei este încorporată ca un "sau" factor, deoarece unii pacienți cu un IMC mai mic decât 25 au o cantitate disproporțională de grăsime abdominală, ceea ce crește riscul cardiovascular.
6. Evaluarea riscurilor va include considerații speciale pentru istoricul medical, examenul fizic și examenul de laborator. Detectarea bolilor cardiovasculare existente sau afectarea organelor prezintă cele mai mari urgențe. Gestionarea trebuie să fie pusă în aplicare în contextul altor factori de risc.
7. Recomandare: Toți pacienții care îndeplinesc aceste criterii ar trebui să încerce să piardă în greutate. Cu toate acestea, este important ca pacientul să fie întrebât dacă vrea sau nu vrea să piardă în greutate.
8. Implicarea și investițiile pacientului sunt esențiale pentru succes. Cele 3 componente majore ale terapiei de pierdere în greutate sunt dieta, creșterea activității fizice și terapia de comportament. Aceste terapii de modificare a stilului de viață ar trebui să fie încercate timp de cel puțin 6 luni înainte de a considera farmacoterapia.
9. În timpul perioadei de pierdere în greutate acută și vizitele repetate de la 6 luni și 1 an, pacienții trebuie să fie cântăriți, trebuie să li se calculeze IMC și să fie evaluate progresele înregistrate.
10. Imposibilitatea de a atinge o pierdere în greutate ar trebui să determine medicul să investigheze următoarele: (1) aportul de energie (de exemplu, consumul de alimente inclusiv consumul de alcool), (2) consumul de energie (jurnalul de activitate fizică), (3) participarea la sesiuni de consiliere psihologică / comportamentală, (4) întâmplări negative de viață recente, (5) presiuni în familie și din partea societății, (6) dovada unor probleme psihice negative (de exemplu, depresie).
11. Pacienții care continuă să participe la programele de întreținere a greutății au o șansă mai mare de a-și menține greutatea obținută. Întreținerea include contactul permanent cu personalul medical.
12. Pacienții care sunt expuși riscului, dar nu doresc să piardă în greutate, ar trebui să fie informați în ceea ce privește necesitatea de a-și menține greutatea la sau sub nivelul actual. Pacienții care doresc să piardă în greutate ar trebui să fie ghidați în corespundere cu casetele 8 și 9. Justificarea de a oferi acestor pacienți supraponderali posibilitatea de a-și menține greutatea (în schimbul pierderii în greutate), este că riscul lor de sănătate, deși mai mare decât cel a persoanelor cu IMC < 25, este doar moderat crescut.
13. Pacienților trebuie să li se ofere consiliere și recomandări, astfel încât greutatea lor să nu crească. O creștere a greutății crește riscul lor de sănătate ceea ce trebuie prevenit.
14. Această casetă diferențiază între cei care în prezent nu sunt supraponderali, cei care nu au fost niciodată și între cei care au un istoric medical de supraponderalitate (a se vedea caseta 2).
15. Cei care nu sunt supraponderali și nu au fost niciodată ar trebui să fie informați cu privire la importanța de a rămâne în această categorie.
16. Pacienții trebuie monitorizați periodic: greutatea lor, IMC, etc. Pacienții care nu sunt supraponderali sau nu au istoric de exces de greutate ar trebui să fie testați pentru creșterea în greutate la fiecare 2 ani.

\*Informație adaptată din „Prevenirea și Gestionarea Epidemiei Globale în Obezitate, Raport OMS”, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, iunie 1997

# Terapia Obezității și Tehnici de Monitorizare a Greutății \*

## Ghidul pentru selectarea tratamentului

Tratament	Nivelul IMC				
	25 – 26.9	27 – 29.9	30 – 34.9	35 – 39.9	≥ 40
Dietă, activitate fizică și terapie de comportament	Cu comorbidități	Cu comorbidități	+	+	+
Farmacoterapie		Cu comorbidități	+	+	+
Intervenție chirurgicală				Cu comorbidități	

+ reprezintă utilizarea tratamentului indicat, indiferent de prezența comorbidităților.

- Prevenirea creșterii în greutate prin adaptarea unui anumit stil de viață este indicată pentru orice pacient cu IMC  $\geq 25$ , chiar dacă nu are comorbidități. Pierderea în greutate nu este neapărat recomandată pacienților cu un IMC de 25-29.9 sau cu o circumferință a taliei mare, cu excepția cazului în care pacientul are 2 sau mai multe comorbidități.
- Terapia combinată cu o dietă săracă în calorii, cu activitate fizică sporită și terapie de comportament asigură cea mai de succes intervenție pentru pierderea în greutate și menținerea greutății.
- Luați în considerare farmacoterapia doar în cazul în care un pacient nu a pierdut 0,45 kg/săptămână, după 6 luni de tratament combinat cu schimbări ale stilului de viață.

### 1. Dietă alimentară

- O dietă care este planificată în mod individual pentru a ajuta la crearea unui deficit de la 500 la 1000 kcal/zi ar trebui să fie o parte integrală a oricărui program care vizează obținerea unei pierderi în greutate de 0,45-0,90 kg/săptămână.
- Reducerea cantității de grăsime fără a reduce numărul calorilor nu este suficientă pentru a pierde în greutate. Reducerea grăsimilor alimentare, împreună cu reducerea carbohidraților, poate facilita reducerea calorilor.

Nutrienți	Proporția recomandată
Calorii <sup>1</sup>	O reducere zilnică de calorii de aproximativ 500-1000 kcal din porția obișnuită
Grăsime totală <sup>2</sup>	30% sau mai puțin din totalul de calorii
Acizi grași saturați <sup>3</sup>	8-10% din totalul de calorii
Acizii grași mononesaturați	Până la 15% din totalul de calorii
Acizi grași polinesaturați	Până la 10% din totalul de calorii
Colesterol <sup>3</sup>	< 300 mg/zi
Proteine <sup>4</sup>	Aproximativ 15% din totalul de calorii
Carbohidrați <sup>5</sup>	55% sau mai mult din totalul de calorii
Clorura de sodiu	Nu mai mult de 100 mmol/zi (aproximativ 2,4 g de sodiu sau aproximativ 6 g de clorură de sodiu)
Calciu <sup>6</sup>	1000 – 1500 mg/zi
Fibre	20 – 30 g/zi

- O reducere de 500-1000 kcal/zi va ajuta la obținerea unei pierderi în greutate de 0,45-0,90 kg/săptămână. Alcoolul oferă calorii care nu sunt necesare și dislocă mai multe alimente nutritive. Consumul de alcool nu numai că mărește numărul de calorii într-o dietă, dar a fost asociat cu obezitatea în studiile epidemiologice precum și în studiile experimentale. Impactul calorilor obținute în urma consumului de alcool asupra consumului general al unui individ ar trebui să fie evaluate și controlate în mod corespunzător.
- Grăsimile alimentare modificate (prin încălzire, topire etc.) pot servi drept o strategie folositoare în reducerea aportului total de grăsimi, dar vor fi eficiente doar în cazul în care acestea, de asemenea au calorii puține și nu există nici o compensație de calorii din alte alimente.
- Pacienții cu niveluri ridicate de colesterol în sânge ar trebui să utilizeze dieta Etapa II pentru a obține reduceri suplimentare ale nivelului de lipoproteine cu densitate joasă-colesterol mai mic de 200 mg/zi. Toate celelalte elemente nutritive sunt aceleași ca și în Etapa I.
- Proteinele trebuie să provină din surse vegetale și din surse slabe de proteine animale.
- Glucidele complexe din diferite legume, fructe și cereale integrale sunt surse bune de vitamine, minerale și fibre. O dietă bogată în fibre insolubile, inclusiv țărâțe de ovăz, legume, orz, și cele mai multe fructe și legume, pot fi eficiente în reducerea nivelului de colesterol din sânge. O dietă bogată în toate tipurile de fibre poate ajuta, de asemenea, în managementul greutății prin promovarea sațietății la niveluri mai scăzute de calorii și grăsimi consumate. Anumite autorități recomandă 20-30 g de fibre pe zi, cu o limită superioară de 35 g.
- În timpul pierderii în greutate, ar trebui acordată atenție menținerii unui aport adecvat de vitamine și minerale. Menținerea aportului de calciu recomandat de la 1000 până la 1500 mg/zi este deosebit de important pentru femeile care pot fi expuse unui risc pentru osteoporoză.

### Necesarul zilnic de energie

Vârsta (ani)	Activitate fizică ușoară		Activitate fizică moderată		Activitate fizică intensă	
	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați
15 – 18	2200/9.3	2700/11.4	2600/11.0	3100/13.1	2900/12.3	3400/14.4
19 – 24	2100/8.9	2700/11.4	2500/10.6	3100/13.1	2800/11.8	3400/14.4
25 – 50	2100/8.9	2600/11.0	2500/10.6	3000/12.7	2800/11.8	3300/13.9
51 – 64	2000/8.5	2400/10.2	2400/10.2	2800/11.8	2700/11.4	3100/13.1
>65	1800/7.6	2200/9.3	2200/9.3	2600/11.0	2500/10.6	2900/12.3

Valorile sunt în kcal/MJ per zi

\*Informație adaptată din „Prevenirea și Gestionarea Epidemiei Globale în Obezitate, Raport OMS”, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, iunie 1997

## Cantitatea de vitamine necesară zilnic

Vârsta (ani)	A (mg) (echivalentul retinolului)	D (µg)	E (mg) (α - echival. Tocofe-rolului)	B1 (mg)	B2 (mg)	B3 (mg)	B6 (mg)	B12 (µg)	C (mg)	Acid Folic (µg)
	Femei/Bărbăți	F/B	F/B	F/B	F/B	F/B	F/B	F/B	F/B	F/B
15-18	0.9/1.1	5	12/15	1.0/1.3	1.2/1.5	13/17	1.2/1.6	3.0	100	400
19-24	0.8/1.0	5	12/15	1.0/1.3	1.2/1.5	13/17	1.2/1.5	3.0	100	400
25-50	0.8/1.0	5	12/14	1.0/1.2	1.2/1.4	13/16	1.2/1.5	3.0	100	400
51-64	0.8/1.0	5	12/13	1.0/1.1	1.2/1.3	13/15	1.2/1.5	3.0	100	400
> 65	0.8/1.0	10	11/12	1.0/1.0	1.2/1.2	13/13	1.2/1.4	3.0	100	400



### Mâncarea

Mâncarea	Porții per săptămână
1. Pâine, cereale, orez, paste	6-11 porții
2. Legume	3-5 porții
3. Fructe	2-4 porții
4. Lapte, iaurt, cașcaval	2-3 porții
5. Carne, pește, fasole, ouă, nuci	2-3 porții
6. Grăsimi, uleiuri	Des, dar nu prea mult
7. Apă	

- Alimentele dintr-un grup nu pot fi substituite cu alimente din alte grupuri.
- Consumați alimente din toate grupele.
- Consumați în special fructe, legume, cereale integrale, lapte și produse lactate fără grăsimi sau cu conținut scăzut de grăsimi.
- Minimizarea grăsimilor saturate, grăsimilor trans, a colesterolului, consumului de sare și zahăr adăugat.

## 2. Activitate Fizică

### Efectele activității fizice asupra pierderii în greutate

- Activitatea fizică este recomandată ca parte integrală a unui program complex de terapie pentru pierderea în greutate și ulterior controlul greutateii, deoarece:
  - Contribuie modest la pierderea în greutate la adulții supraponderali/obezi.
  - Poate scădea nivelul de grăsime abdominală și crește fitnessul cardiorespiratoric.
  - Poate ajuta la menținerea pierderii în greutate.
- Inițial, un nivel moderat de activitate fizică de **30 - 45 minute pe zi, timp 3 - 5 ori pe săptămână**, ar trebui să fie încurajat.
- Toți adulții ar trebui să-și stabilească un obiectiv pe termen lung de a efectua cel puțin 30 de minute sau mai mult de activitate fizică de intensitate moderată în cele mai multe și de preferat în toate zilele săptămânii.

### Efectele activității fizice și a dietei (terapia combinată)

Combinarea dintre o dietă cu calorii reduse și creșterea activității fizice este recomandată, deoarece duce la pierderea în greutate, de asemenea poate avea drept rezultat scăderea grăsimii abdominale și a sporirea fitnessului cardiorespiratoric.

### Exemple de activitate fizică moderată\*

Activități casnice comune	Activități sportive	Mai puțin viguros, mai mult timp#  ↑ ↓ Mai viguros, mai puțin timp#
Spălarea și ceruirea unei mașini timp de 45-60 min	Un joc de fotbal american de 45-60 min	
Spalarea ferestrelor sau podelor timp de 45-60 min	Un joc de fotbal american de 45-60 min	
Grădinăritul timp de 30-45 min	2,8 km de mers pe jos în 35 min	
Auto-rotire în scaunul cu roțile timp de 30-40 min	30 min de baschet (aruncări la coș)	
Împingerea unui cărucior - 2,4 km în 30 de minute	8 km de mers pe bicicletă timp de 30 min	
Greblarea frunzelor timp de 30 min	Dansuri rapide timp de 30 min	
Plimbarea pe jos - 3,2 km în 30 min	30 min de aqua aerobica	
15 minute de curățare a zăpezii	20 min de înot	
Urcatul scării timp de 15 min	Un joc de baschet de 15-20 min	
	15 min de sărit în coardă	
	Alergare - 2,4 km în 15 min	

\* Un nivel moderat de activitate fizică este echivalent cu activitatea fizică care utilizează aproximativ 150 de calorii de energie pe zi sau 1000 de calorii pe săptămână.

# Unele activități pot fi realizate la diverse intensități; durata propusă corespunde intensității așteptate efortului.

### 3. Terapia de comportament

- Terapia comportamentală oferă metode de depășire a barierelor de respectare a dietei și/sau creșterea activității fizice, iar aceste metode sunt componente importante ale tratamentului de pierdere în greutate și de gestionare a greutății. Pacientul trebuie să fie un partener activ în procesul de consultare și trebuie să participe la stabilirea obiectivelor pentru schimbările de comportament.
- Personalul medical trebuie să evalueze motivarea pacientului de a iniția tratamentul de pierdere în greutate; să evalueze pregătirea pacientului de a pune în aplicare planul, după care să ia măsurile necesare pentru a motiva pacientul pentru tratament.
- Strategiile de terapie de comportament pentru promovarea dietei și activității fizice ar trebui să fie folosite în mod curent, deoarece acestea sunt utile în obținerea pierderii în greutate și menținerea greutății.
- Îmbunătățirea sănătății pacientului este scopul tratamentului împotriva obezității. Monitorizarea progreselor este un proces continuu de motivație (important pentru pacient și furnizor).
- Pierderea în greutate și terapia de menținere a greutății ar trebui să aplice combinația dintre o dietă săracă în calorii, o activitatea fizică sporită și o terapie comportamentală.

### 4. Farmacoterapia

- Medicamentele pentru pierderea în greutate certificate, pot fi utilizate ca parte a programului complex de pierdere în greutate, inclusiv dieta alimentară și activitatea fizică:
  - Pentru pacienții cu un IMC  $\geq 30$  fără factori de risc de obezitate sau boli concomitente
  - Pentru pacienții cu IMC  $\geq 27$  cu factori de risc de obezitate sau boli concomitente
- Medicamentele pentru pierderea în greutate nu ar trebui să fie utilizate fără modificarea concomitentă a stilului de viață.
- Este necesară evaluarea continuă a tratamentului cu medicamente pentru eficacitate și siguranță. În cazul în care medicamentul este eficient și ajută pacientul să piardă și/sau să-și mențină pierderea în greutate și nu există efecte adverse grave, utilizarea acestuia poate fi continuată.

#### Medicamente pentru obezitate

**MA/EF** (orlistat): inhibarea lipazei gastrice și pancreatice → hidroliza trigliceridelor în acizi grași liberi și monogliceride ↓ → absorbția ↓

**MA/EF** (fentermina): efect anorexigen → pierdere în greutate

**MA/EF** (sibutramina): inhibarea centrală a recaptării neuronale a serotoninei (și noradrenalinei) → saț ↑, temperatura corpului ↑

**AE** (orlistat): dureri de stomac, scaun gras, flatulență cu excreția scaunului, tenesmus, dureri de cap, oboseală, reabsorbție de vitamine solubile în grăsimi ↓

**AE** (fentermina): hipertensiune arterială, tahicardie, psihoză, nervozitate, insomnie, amețeli

**AE** (sibutramina): pierderea apetitului, constipație, gură uscată, insomnie, tahicardie, hipertensiune arterială, greață, amețeli, durere de cap, parestezie, anxietate, vasodilatație

**CI** (orlistat): sindrom de malabsorbție cronică, colestază

**CI** (fentermina): hipersensibilitate la fentermină, hipertiroidism, glaucom, în timpul sau în decurs de 14 zile de la aportul de inhibitori ai monoaminoxidazei, boala sindromului de voma ciclică simptomatică, arterioscleroza avansată, mod-sev. hipertensiune arterială, hipertensiune pulmonară, istoric de abuz de droguri, alcoolism, stări agitate, TCA

**CI** (sibutramina): anorexie nervoasă sau bulimie nervoasă, boli psihice, tratament combinat cu medicamente eficiente pentru sistemul nervos central, boală coronariană, insuficiență cardiacă decompensată, aritmie, boală ocluzivă arterială, boală arterială coronariană, insuficiență cardiacă congestivă, în timpul sau în decurs de 14 zile de la aportul de inhibitori ai monoaminoxidazei, hipertensiunea arterială puțin controlată, aritmiile, boala cerebrovasculară

#### Orlistat

<b>Xenical</b> Cap 120 mg	120 mg de 3 ori/zi în timpul mesei
---------------------------	------------------------------------

#### Fentermina

<b>Adipex-P</b> Tab 37,5 mg, Cap 37,5 mg <b>Ionamic</b> Cap ext.rel. 15 mg, 30 mg <b>Generics</b> Tab 37,5 mg; Cap 15 mg, 30 mg, 37,5 mg	8 mg de 3 ori/zi (30 min înaintea mesei) sau 15-37,5 mg 1 dată/zi
--	---

#### Sibutramina

<b>Meridia</b> Cap 5 mg, 10mg, 15 mg	10 mg 1 dată/zi, max 15 mg/zi
--------------------------------------	-------------------------------

Abrevieri: MA/EF = mecanismul de acțiune/efecte

### 5. Intervenția chirurgicală pentru pierderea în greutate

- Intervenția chirurgicală pentru pierderea în greutate este o opțiune pentru pacienții atent selecționați, care au fost diagnosticați cu obezitate clinică severă (IMC  $\geq 40$  sau  $\geq 35$  cu condiții de comorbiditate) atunci când metodele mai puțin invazive de pierdere în greutate au eșuat, iar pacientul prezintă un risc crescut de morbiditate sau mortalitate asociată cu obezitatea.
- Există două tipuri de intervenții chirurgicale ce s-au dovedit a fi eficiente:
  - Cele care limitează volumul gastric (gastroplastie în bandă)
  - Cele care, pe lângă limitarea aportului alimentar, deasemenea modifică digestia (Roux-en-Y bypass gastric)
- Complicații chirurgicale, inclusiv scurgeri anastomotice, abces subfrenic, leziunea splenică, embolie pulmonară, infecții ale plăgilor sau stenoza stomă, apar la mai puțin de 10% dintre pacienți.
- Un program integrat, care oferă îndrumări privind alimentația, activitatea fizică și preocupările psihosociale, înainte și după intervenția chirurgicală, precum și monitorizarea medicală pe tot parcursul vieții sunt necesare după o intervenție chirurgicală.