

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 23 ივნისის N5 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 21 მაისის N01-150/ო ბრძანებით

ჭარბი წონისა და სიმსუქნის

მართვა

პროტოკოლი

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ჭარბი წონისა და სიმსუქნის მართვა.....	3
2. პროტოკოლით მოცემული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. შესავალი	3
4. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	3
5. პროტოკოლის მიზანი	4
6. სამიზნე ჯგუფი	4
7. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	4
8. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	5
9. რეკომენდაციები	5
9.1. სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა კვლევა.....	5
9.2. ფიზიკალური გამოკვლევა	5
9.3. ლაბორატორიული გამოკვლევა	7
9.4. სხეულის შემადგენლობისა და აგებულების შეფასება.....	8
9.5. სიმსუქნის კომპლექსური მართვა და მკურნალობა.....	8
9.6. მკურნალობის მიზანი	9
9.7. წონის განმეორებითი ნამატის თავიდან აცილების გზები	11
9.8. პრაქტიკაში წონის კლების მიზნები	11
9.9. შემდგომი კონტროლი.....	11
9.10. მკურნალობის სპეციფიური კომპონენტები	12
9.11. შემეცნებით-ქცევითი თერაპია	12
9.12. ფიზიკური აქტივობა	13
9.13. ფსიქოლოგიური დახმარება.....	13
9.14. ფარმაკოლოგიური მკურნალობა.....	13
9.15. ქირურგია	15
9.16. ალტერნატიული თერაპია	15
10. რეკომენდაციების შეჯამება	16
10.1. წონის კლების უპირატესობები	16
10.2. ჭარბი წონის და სიმსუქნის ხარისხის განსაზღვრა	16
10.3. წონის კლების მიზანი.....	16
10.4. როგორ განვხორციელოთ წონის კლება?	16
10.5. სპეციალური სამკურნალო ჯგუფები	19
11. მოსალოდნელი შედეგები	19
12. აუდიტის კრიტერიუმები.....	19
13. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	20
14. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	21
15. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე	21
16. დანართები.....	21
17. გამოყენებული ლიტერატურა	27
18. პროტოკოლის ავტორები.....	27

ალგორითმი, სურათი, ცხრილები და დანართები

ალგორითმი N 1. სიმსუქნის მართვა და მკურნალობა (EASO, 2008).....	10
სურათი N1. წელის გარშემოწერილობის გაზომვის პოზიცია აბდომინური სიმსუქნის განსაზღვრის მიზნით	7
ცხრილი N 1. სიმსუქნესთან დაკავშირებული რისკები და გართულებები	5
ცხრილი N2. სხეულის მასის ინდექსის (სმი)/კეტლეს ინდექსის გამოსათვლელი ფორმულა	6
ცხრილი N3. სახელმძღვანელო მკურნალობის საწყის ეტაპზე გადაწყვეტილების მისაღებად (განიხილეთ და იმსჯელეთ პაციენტთან ერთად) (EASO, 2008)	11
დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	21
დანართი N2. მტკიცებულების დონეები და რეკომენდაციის ხარისხები (EASO 2004, 2008)	22
დანართი N3. სხვადასხვა პროდუქტის კალორიულობა და ფიზიკური აქტივობის შედეგად გახარჯული კვალორიები.....	23

1. პროტოკოლის დასახელება: ჭარბი წონისა და სიმსუქნის მართვა
2. პროტოკოლით მოცემული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10 კოდი
სიმსუქნე და ჭარბი კვების სხვა სახეები	E65-E68
• ადგილობრივი სიმსუქნე	E65
• ზოგადი სიმსუქნე	E66
• ჭარბი კვების სხვა სახეები	E67
• ჭარბი კვების შედეგები	E68

3. შესავალი

სიმსუქნესთან ბრძოლის ტაქტიკა კომპლექსურია. ის მოიცავს შემდეგ ასპექტებს: 1) სიმსუქნის დიაგნოსტიკას და პროფილაქტიკას; 2) სიმსუქნის მკურნალობას. უამრავი ნაშრომი და კვლევა ცხადყოფს, რომ წარმატება ინდივიდუალურია და ხშირად ხანმოკლე. ამიტომაც, რთულია განისაზღვროს რომელი ქმედებაა უფრო შესაფერისი სიმსუქნის მართვის დროს, უფრო მეტიც, მნიშვნელოვანია ის ვარიაციები და სპეციფიკა, რომელიც ვლინდება ევროპის სხვადასხვა ქვეყანასა თუ რეგიონში. ეს კი აუცილებელს ხდის ამ დაავადების მართვის სტანდარტული მიდგომის შემუშავებას. თუმცა, სტანდარტის შემუშავების შემთხვევაშიც კი რთულია ამ ქრონიკულ პათოლოგიასთან გამკლავება.

აღნიშნული პროტოკოლის შექმნისას ავტორთა ჯგუფი შეეცადა შეეჯამებინა არსებული მონაცემები, რომლებიც ეყრდნობა მსოფლიოს წამყვანი ექსპერტებისა და სამუშაო ჯგუფების კლინიკურ პრაქტიკას და ასევე, გაეთვალისწინებინა სხვადასხვა ქვეყნის გზამკვლევებსა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციები. მხედველობაში მიღებულია რეგიონის სპეციფიკა, პაციენტის ინდივიდუალურობა, ეთნიკური ფაქტორი, ოჯახური ტრადიცია. მიუხედავად იმისა, რომ სიტყვა „სიმსუქნე“ ისაზღვრება ძალიან მარტივად, როგორც ჭარბი ცხიმის დაგროვება ორგანიზმში, ეს არის ქრონიკული ნივთიერებათა ცვლის მოშლით მიმდინარე რეციდიული დაავადება. სიმსუქნის კომპლექსური მართვა, პრევენციული ღონისძიებების გატარება, დროული და ადექვატური დიაგნოსტიკა თავიდან აგვაცილებს პაციენტთა ნაადრევ ინვალიდიზაციასა და ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას.

4. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი საერთაშორისო გზამკვლევების გამოყენების საფუძველზე:

- [Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: Evidence Report. National Institute of Health. \(1998\) Sep; 6, Suppl 2: 51S-209S Obesity Research;](#)
- [Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults \(2000\); N.: 00-4084, European Association for the Study of Obesity \(EASO\)](#)

<http://www.easo.org/guidelines-a-publications> Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines: Obesity Facts (2008);1:106–116 ;

- Management of Obesity in Adults: Project for European Primary Care (2004) International Journal of Obesity, 28, S226-S231;
- Obesity – guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children (2006) National Institute for Health and Clinical Excellence, www.nice.org.uk/CG043;
- Dietary Guidelines for Americans 2010 U.S. Department of Agriculture U.S. Department of Health and Human Services, www.dietaryguidelines.gov
- Consensus Document. Joint statement of the European Association for the Study of Obesity and the European Society of Hypertension: obesity and difficult to treat arterial hypertension. (2012) www.Jhypertension.com - Journal of Hypertension, 30:1047-1055.

ბ) „საქართველოს სიმსუქნის შემსწავლელი ასოციაციის“ მიერ შემუშავებული პროტოკოლი განკუთვნილია, როგორც პირველადი ჯანდაცვის რგოლის, ასევე, ზოგადი პროფილის ექიმების, ენდოკრინოლოგების, ნუტრიციოლოგებისა და კარდიოლოგებისათვის, რითაც ის განსხვავდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 30 სექტემბრის ბრძანებით დამტკიცებული პროტოკოლისგან „სიმსუქნის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“.

ამასთან, პროტოკოლი „ჭარბი წონისა და სიმსუქნის მართვა“ მოიცავს რეკომენდაციებს კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების, კლინიკური მდგომარეობის მართვის მეთოდების სპეციფიკის, პროდუქტთა კალორიულობისა და ფიზიკური აქტივობის შედეგად გახარჯული კილოკალორიების შესახებ, მტკიცებულებათა კატეგორიის ხარისხების მითითებით. გარდა ამისა, პროტოკოლში მოცემულია განახლებული რეკომენდაციები წელის გარშემოწერილობის შეფასებისა (მამაკაცი 94 სმ, ქალი 80 სმ) და მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე (სიბუტრამინი (მერიდია), გვერდითი მოვლენების გამო, ამოღებულია ხმარებიდან).

გ) პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს წყარო რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია. ინფორმაცია მტკიცებულების დონეებისა და რეკომენდაციის ხარისხების (EASO 2004, 2008) შესახებ მოცემულია დანართში #2.

5. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ჭარბი წონითა და სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა დროული გამოვლენა, დიაგნოსტიკა, ინდივიდუალური მკურნალობის ალგორითმისა და ტაქტიკის შემუშავება, დაავადების პრევენცია, ნაადრევი ინვალიდისაციის თავიდან აცილება და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

6. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება >16 წლის ასაკის პირებს, ჭარბი წონითა და სიმსუქნით.

7. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტების (თერაპევტები), ენდოკრინოლოგების, ნუტრიციოლოგებისა და კარდიოლოგებისათვის, ასევე, ექთნების, მენეჯერების, რეზიდენტებისა და სხვადასხვა ექიმ სპეციალისტთათვის.

8. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში (პოლიკლინიკა), სტაციონარული და ამბულატორიული სერვისის (ენდოკრინული, კარდიოლოგიური და სხვ.) მიმწოდებელ დაწესებულებებში. ჭარბი წონითა და სიმსუქნით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკა და მართვა, ძირითადად, ხორციელდება ამბულატორიის პირობებში, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს გამოხატული აქვს სიმსუქნის უკიდურესი ფორმა - მორბიდული სიმსუქნე, სხვა თანმხლებ პათოლოგიებთან ერთად (მაგ.: შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2, გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგია), მიზანშეწონილია, პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია სპეციალიზებული სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებში.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისთანავე.

9. რეკომენდაციები

9.1. სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა კვლევა

ჭარბი წონითა და სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა ისტორია უნდა შეიცავდეს ყველა საჭირო მონაცემს, კერძოდ:

- ეთნიკურობა;
- ოჯახური ანამნეზი;
- დიეტური ჩვევები, კვების სტილი, (ლამით მირთმევის სინდრომი, ბულიმია, საკვების გადაჭარბებული ოდენობით მიღება);
- დეპრესია ან ხასიათის სხვა სახის ცვლილება;
- ფიზიკური აქტივობა;
- სხვა განმსაზღვრელი ფაქტორები, მაგალითად: გენეტიკა, პრეპარატები, ენდოკრინული დარღვევები, ფსიქოსოციალური ფაქტორები, ქრონიკული სტრესი, თამბაქო და ა.შ.;
- სიმსუქნის თანმდევი შედეგები (იხ. ცხრილი N1);
- პაციენტის ვარაუდი მოსალოდნელი შედეგის შესახებ და მისი მოტივაცია ცვლილების განხორციელების თვალსაზრისით (EASO, 2004, 2008, NICE 2006).

9.2. ფიზიკალური გამოკვლევა

- წონისა და სიმაღლის გაზომვა, შემდგომი სხეულის მასის ინდექსის (სმი) გამოთვლით (იხ. ცხრილი N2), წელის გარშემოწერილობისა (იხ. სურათი N1) და სისხლის წნევის განსაზღვრა;
- სიმსუქნესთან დაკავშირებული დაავადებების გამოვლენა და მათი გავლენის შეფასება (შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2, არტერიული ჰიპერტენზია, დისლიპიდემია, კარდიოვასკულური ცვლილებები, რესპირატორული, ძვალ-სახსროვანი დაავადებები, არაალკოჰოლური ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია, ძილის დარღვევა და სხვა);
- acanthosis nigricans არსებობის შეფასება, როგორც ინსულინრეზისტენტობის ნიშანი (EASO, 2004, 2008).

ცხრილი N1. სიმსუქნესთან დაკავშირებული რისკები და გართულებები

მეტაბოლური გართულებები	შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2, ინსულინრეზისტენტობა, დისლიპიდემია, მეტაბოლური სინდრომი, ჰიპერურემია, პოდაგრა, დაბალი ინტენსივობით მიმდინარე ანთებითი პროცესი;
------------------------	--

კარდიოვასკულური ცვლილებები	არტერიული ჰიპერტენზია, გულის კორონარული დაავადება, გულის უკმარისობა, ინსულტი, ვენების თრომბოემბოლია;
რესპირატორული ცვლილებები	ასთმა, ჰიპოქსია, აპნოე, პიკვიკის სინდრომი;
კიბო	საყლაპავის, მსხვილი ნაწლავის, წვრილი ნაწლავის, სწორი ნაწლავის, ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტის, პანკრეასის, თირკმლის, ლეიკემია, მრავლობითი მიელომა, ლიმფომა; ქალებში ენდომეტრიუმის, ძუძუს, საკვერცხის, საშვილოსნოს ყელის კიბო მენოპაუზის შემდეგ. მამაკაცებში პროსტატის კიბო;
ოსტეოართრიტი	განსაკუთრებით, მუხლის და ტკივილის შეგრძნება ჭარბი კილოგრამების მექანიკური ზეწოლის შედეგად სხვა სახსრებზე;
გასტროინტესტინური ცვლილებები	ნაღვლის ბუშტის დაავადება, ღვიძლის არაალკოჰოლური ცხიმოვანი ინფილტრაცია ან არაალკოჰოლური სტეატოჰეპატიტი, გასტროეზოფაგეალური რეფლუქსი, თიაქარი;
რეპროდუქციული ცვლილებები	არარეგულარული მენსტრუალური ციკლი, უნაყოფობა, ჰირსუტიზმი, საკვერცხეების პოლიციტური სინდრომი, თვითნებური აბორტი, გესტაციური დიაბეტი, ჰიპერტენზია, პრეეკლამსია. მაკროსომია, ნაყოფის დისტრესი, მალფორმაცია, დისტოცია და საკეისრო კვეთა; შარდის შეუკავებლობა;
სხვადასხვა	იდიოპათიური ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია, პროტეინურია, ნეფროზული სინდრომი, კანის ინფექცია, ლიმფოსტაზი, გაუტკივარების გართულება, პერიოდონტური დაავადება;
ფსიქოლოგიური და სოციალური შედეგები	თვითშეფასების დაბალი დონე, შიში, შფოთვა და დეპრესია, სტიგმატიზაცია, დისკრიმინაცია დასაქმების დროს, კოლეგების მხრიდან აღიარების არ ქონა;

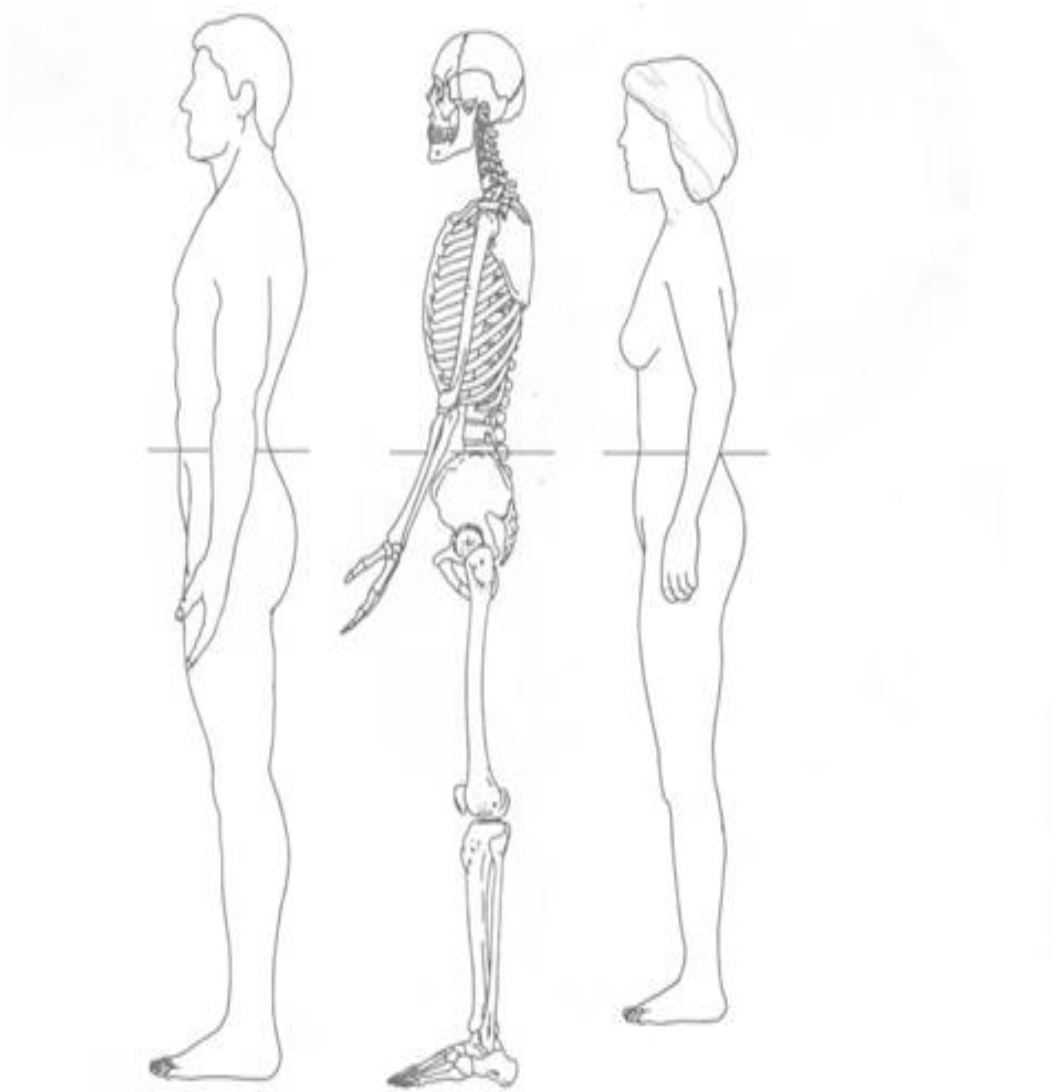
სიმსუქნესთან დაკავშირებული სპეციფიური რისკის ხარისხი მერყეობს ასაკის, სქესის, ეთნიკური წარმომავლობისა და სოციალური მდგომარეობის მიხედვით.

ცხრილი N2. სხეულის მასის ინდექსის (სმი)/კეტლეს ინდექსის გამოსათვლელი ფორმულა

წონა კგ/სიმაღლის მ²

სხეულის მასის კლასიფიკაცია	სმი კგ/მ²
წონის დეფიციტი	< 18,5
სხეულის ნორმალური მასა	18.5–24.9
ჭარბი წონა	25.0–29.9
I ხარისხის სიმსუქნე	30.0–34.9
II ხარისხის სიმსუქნე	35.0–39.9
III ხარისხის სიმსუქნე – მორბიდული სიმსუქნე	≥ 40

სურათი N1. წელის გარშემოწერილობის გაზომვის პოზიცია აბდომინური სიმსუქნის განსაზღვრის მიზნით



ვინ იმყოფება რისკ – ჯგუფში? – მამაკაცი წელის გარშემოწერილობით > 94 სმ და ქალი წელის გარშემოწერილობით >80 სმ (NHLBI, 1998).

9.3. ლაბორატორიული გამოკვლევა

რუტინული კვლევები:

- უზმოდ სისხლში გლუკოზის დონე (BL.12.1);
- შრატში ლიპიდური ცვლის განსაზღვრა (ქოლესტერინი (BL.13.2.), ტრიგლიცერიდები (BL.13.6), მაღალი (BL.13.7.2a), და დაბალი (BL.13.7.2c) სიმკვრივის ლიპოპროტეინები);
- შარდის საერთო ანალიზი (UR.1, UR.2);

დამატებითი კვლევები:

- შარდმჟავა (BL.9.7);
- ინსულინი (უზმოდ) (HR.6.1);
- ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია (თირეოტროპული ჰორმონის დონე (HR.3.6);

- ღვიძლის ფუნქცია (ბილირუბინი საერთო (BL.10.1.1) და თავისუფალი (BL.10.1.2), ასპარტატ ამინოტრანსფერაზა (BL.11.2.1), ალანი ამინოტრანსფერაზა (BL.11.2.2);
- ელექტროკარდიოგრამა (EASO 2004, 2008, NICE 2006).

ასევე, გასათვალისწინებელია ჭარბი წონითა და სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა ინდივიდუალურობა და სხვადასხვა თანმხლებ დაავადებათა ფართო სპექტრის არსებობა. ასეთ შემთხვევაში, ზემოჩამოთვლილ გამოკვლევებს ემატება:

- პრედიაბეტისა და/ან შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის შემთხვევაში - გლუკოზისადმი ტოლერანტობის განსაზღვრის ტესტი 2-ჯერადი ინსულინის განსაზღვრით ან HOMA - ინდექსის გამოთვლა და/ან გლიკირებული ჰემოგლობინის განსაზღვრა და/ან C პეპტიდის განსაზღვრა (ჩვენების მიხედვით);
- კარდიოვასკულური დაავადებების შემთხვევაში - კარდიოლოგის კონსულტაცია და ჩვენების მიხედვით, დამატებითი კლინიკურ-ლაბორატორიული პარამეტრები (კოაგულოგრამა, ელექტროლიტები, არტერიული წნევის 24 საათიანი მონიტორინგი, ექოკარდიოგრაფია, თირკმლის ფუნქციური სინჯი, შარდში მიკროალბუმინის განსაზღვრა და ა.შ.);
- კუშინგის სინდრომზე ან რომელიმე სხვა ჰიპოთალამურ დაავადებაზე ეჭვის შემთხვევაში, ჩვენების მიხედვით, ენდოკრინული პროფილის განსაზღვრა (ცენტრალური და პერიფერიული ჰორმონები);
- თუ ღვიძლის ფუნქციური სინჯი არააალკოჰოლურ ცხიმოვან ინფილტრაციაზე ან ღვიძლის რაიმე სხვა პათოლოგიაზე მიუთითებს - მუცლის ღუს ექოსკოპია (საჭიროებისამებრ, ღვიძლის შემდგომი ბიოფსიით სპეციალიზებულ კლინიკაში).

9.4. სხეულის შემადგენლობისა და აგებულების შეფასება

წელის გარშემოწერილობა შესაძლოა გამოვიყენოთ აბდომინური სიმსუქნის შეფასების მიზნით. ორმაგენერგეტიკული რენტგენული აბსორბციომეტრია (Dual X-ray absorptiometry (DXA) ყველაზე მნიშვნელოვანი და ინფორმატიული მეთოდია სხეულის შემადგენლობის, აგებულების შეფასების მიზნით. ეს გამოკვლევა მეტად ინფორმატიულია სიმსუქნესთან დაკავშირებული ცხიმოვანი ქსოვილისაგან თავისუფალი მასის (ჩონჩხი და კუნთოვანი ქსოვილი) შემცირების შეფასების თვალსაზრისით (სიმსუქნესთან დაკავშირებული გენეტიკურ, ენდოკრინულ ან ნევროლოგიურ დარღვევებთან და მეთვალყურეობა ბარიატრიული ქირურგიის შემდეგ) (EASO 2004, 2008).

9.5. სიმსუქნის კომპლექსური მართვა და მკურნალობა

სიმსუქნის მკურნალობა - უნდა ემყარებოდეს რეალურ მიზანს წონის კლების მიღწევის თვალსაზრისით, რათა მოხდეს იმ პოტენციური ჯანმრთელობისათვის საშიში რისკებისა და დაავადებების თავიდან აცილება, რომლებიც ამ პათოლოგიასთან არის კავშირში. ეს კომპლექსური პროგრამა უნდა მოიცავდეს – წონის კლებას, შენარჩუნებას და წონის განმეორებითი ნამატის (რეციდივის) განვითარების თავიდან აცილებას. სიმსუქნით დაავადებულმა პირებმა უნდა იცოდნენ, რომ ეს დაავადება ქრონიკულია და შესაბამისად მათი მკურნალობა და მათზე მეთვალყურეობა უნდა გაგრძელდეს მთელი ცხოვრების მანძილზე (EASO, 2004, 2008; NHLBI, 1998, NICE 2006, JEASOESH, 2012).

9.6. მკურნალობის მიზანი

სიმსუქნის მართვა და მკურნალობა (იხ. ალგორითმი N1)

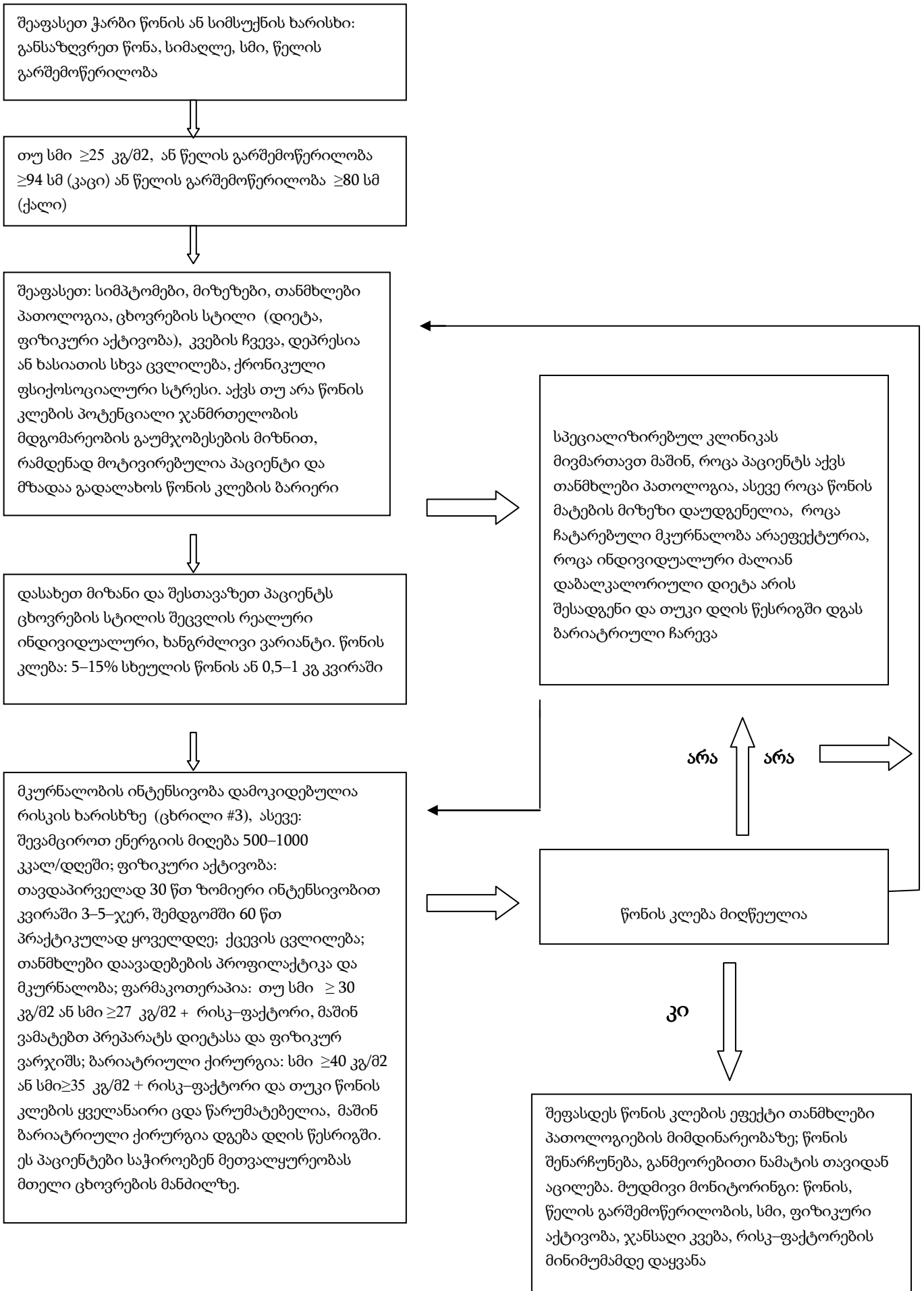
სიმსუქნის მართვა და მკურნალობა გაცილებით უფრო მეტ, ფართო, ვრცელ მიზანს მოიცავს, ვიდრე მხოლოდ წონის კლება, ის მოიცავს სხვა, სიმსუქნესთან დაკავშირებულ პათოლოგიათა განვითარების რისკის შემცირებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. ყოველივე ზემოთქმულს შესაძლოა მივაღწიოთ წონის ზომიერი კლებით (საწყისი მასის 5-10 %), გაუმჯობესებული საკვები რაციონითა და ზომიერად გაზრდილი ფიზიკური აქტივობით.

სიმსუქნის გართულებათა ადექვატური მართვა, წონის კლების პარალელურად, მოიცავს: (A კატეგორიის მტკიცებულება):

- დისლიპიდემიის მკურნალობას;
- გლიკემიური პროფილის ოპტიმიზაციას შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის დროს;
- აპნოეს სინდრომის მკურნალობას;
- ტკივილისათვის ყურადღების მიქცევასა და მოძრაობის გაუმჯობესებას ოსტეოართრიტის დროს;
- ფსიქოსოციალურ დარღვევათა მართვას, რომელიც მოიცავს აფექტურ აშლილობას, კვებით დარღვევასა და თვითშეფასების დაქვეითებულ უნარს.

სიმსუქნის მკურნალობამ, შესაძლებელია, შეამციროს პრეპარატებით თანმხლებ პათოლოგიათა მკურნალობის აუცილებლობა.

ალგორითმი N 1. სიმსუქნის მართვა და მკურნალობა (EASO, 2008)



9.7. წონის განმეორებითი ნამატის თავიდან აცილების გზები

ზოგ პაციენტში, განსაკუთრებით ჭარბი წონის მქონე პირებში, რომელთა სმ 25-29.9კგ/მ² განმეორებითი ნამატის პროფილაქტიკა (დიეტით და გაზრდილი ფიზიკური აქტივობით) შესაძლოა წონის კლებაზე უფრო მნიშვნელოვანი იყოს (იხ. ცხრილი N3).

ცხრილი N3. სახელმძღვანელო მკურნალობის საწყის ეტაპზე გადაწყვეტილების მისაღებად (განიხილეთ და იმსჯელეთ პაციენტთან ერთად) (EASO, 2008)

სმ	წელის გარშემოწერილობა		თანმხლები პათოლოგია
	კაცი < 94 სმ ქალი < 80 სმ	კაცი ≥ 94 სმ ქალი ≥ 80 სმ	
25–29.9 კგ/მ ²	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში ± მოიაზრება პრეპარატი
30 – 34.9 კგ/მ ²	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში ± მოიაზრება პრეპარატი	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში ± მოიაზრება პრეპარატი
35–39.9 კგ/მ ²	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში ± მოიაზრება პრეპარატი	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში ± მოიაზრება პრეპარატი	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში ± მოიაზრება პრეპარატი ± მოიაზრება ქირურგიული ჩარევა
≥40 კგ/მ ²	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში ± მოიაზრება პრეპარატი ± მოიაზრება ქირურგიული ჩარევა	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში ± მოიაზრება პრეპარატი ± მოიაზრება ქირურგიული ჩარევა	დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში ± მოიაზრება პრეპარატი ± მოიაზრება ქირურგიული ჩარევა

წონის კლების მიზანია:

- რეალური;
- ინდივიდუალური;
- ხანგრძლივი დროის მანძილზე.

9.8. პრაქტიკაში წონის კლების მიზნები

- 6 თვის მანძილზე 5-15%-ით წონის კლება რეალურია და აქვს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების დადასტურებული შედეგი;
- უფრო მეტი კლება (20%) შესაძლოა მისაღები იყოს უკვე სიმსუქნის დიაგნოზის მქონე პირებისათვის;
- დაკლებული კილოგრამების შენარჩუნება და განმეორებითი ნამატის თავიდან აცილების პროფილაქტიკა ისევე, როგორც თანმხლებ პათოლოგიათა მკურნალობა წარმატების 2 ძირითადი კრიტერიუმია.

9.9. შემდგომი კონტროლი

სიმსუქნე ქრონიკული დაავადებაა. აუცილებელია ხანგრძლივი, ფაქტობრივად მუდმივი მეთვალყურეობა:

- წონის განმეორებითი მატების თავიდან აცილებისა და
- თანმხლებ დაავადებათა (შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2, კარდიოვასკულური დაავადება) კონტროლის და მკურნალობის მიზნით (NHLBI, 1998, EASO, 2008, JEASOESH, 2012).

9.10. მკურნალობის სპეციფიური კომპონენტები

9.10.1. დიეტა

კვების დღიურის წარმოება იძლევა პროდუქტის რაოდენობრივი შეფასების საშუალებას. ასევე, მისი გამოყენება შეიძლება პაციენტის დახმარების მიზნით, რათა მან რეალურად შეაფასოს მის მიერ მოხმარებული საკვების ოდენობა ემოციურ ფონზე გადაჭარბებული ოდენობით საკვების მიღების დროს და შეაფასოს საკუთარი კვების ჩვევა. დიეტამ უნდა დაამკვიდროს ჯანსაღი, სწორი, რაციონალური, დაბალანსებული კვების რეჟიმი და რაციონი. საკვებ რაციონში უნდა გაიზარდოს მარცვლოვნების, უჯრედისით მდიდარი საკვების, ხილ-ბოსტნეულის წილი, ასევე მაღალკალორიული (ცხიმოვანი კომპონენტი) უნდა ჩაანაცვლოს დაბალკალორიული პროდუქტით (იხ. დანართი #3).

სასურველი, მისაღები დიეტური რეჟიმი რამოდენიმე გზით მიიღწევა:

- საკვებისა და სასმელის ენერგეტიკული ღირებულების შემცირების ხარჯზე;
- საკვების ულუფის შემცირების ხარჯზე;
- კვებათა შორის შუალედში წახემსების თავიდან აცილების გზით;
- სრულფასოვანი საუზმის ქონითა და ღამით საკვების მირთმევისაგან თავის შეკავების გზით;
- წონის კლების კონტროლის მართვით.

9.10.2. სპეციფიური რჩევა

ენერჯის (კალორიების) შეზღუდვა უნდა იყოს ინდივიდუალური და უნდა ითვალისწინებდეს კვებით ჩვევას, ფიზიკურ აქტივობას, თანმხლებ პათოლოგიებსა და წარსულში დიეტის დაცვის მცდელობას (NHLBI, 1998, EASO, 2008, JEASOESH, 2012).

- 15–30%-ით ენერჯის (კალორიების) შემცირება სტაბილური წონის მქონე პირებში საკმარისია. ენერჯის მოთხოვნილება სხვადასხვა ინდივიდებში განსხვავებულია და დამოკიდებულია სქესზე, ასაკზე, სმი-ზე და ფიზიკური აქტივობის ხარისხზე. უმოძრაო ცხოვრების წესის მქონე სიმსუქნით დაავადებული ქალისათვის, რომლის სმი 32 კგ/მ² და რომლის მიერ ყოველდღიურად მიიღება 2,100 კკალ თუ დაენიშნა დიეტა, რომლის კალორაჟი 1,400–1,600 კკალ–მდე მერყეობს, 600 კკალ დეფიციტი ხელს შეუწყობს მის წონაში კლებას კვირაში დაახლოებით 500 გრამით. დიეტა, რომელიც ყოველდღიურად 1,200 კკალ–ს ან მეტს მოიცავს იწოდება ჰიპოკალორიულ დაბალანსებულ დიეტად.
- ძალიან დაბალკალორიული დიეტა (800 კკალ–ზე ნაკლები დღეში) უნდა იყოს შედგენილი და დანიშნული სპეციალისტის მიერ. თუმცა, ამგვარი დიეტის დანიშვნა მხოლოდ სპეციფიკურ პაციენტებში შეიძლება და თან მხოლოდ ხანმოკლე დროით. ამგვარი დიეტები არ არის მიზანშეწონილი საბავშვო და მოზარდი ასაკისათვის, ორსული, მემუძური დედებისათვის, ასევე ხანდაზმულთათვის.
- დაბალკალორიული დიეტის კალორაჟი მერყეობს 800–დან 1,200 კკალ–მდე.

9.11. შემეცნებით-ქცევითი თერაპია

შემეცნებით-ქცევითი თერაპია არის მეთოდი, რომელიც მიზნად ისახავს შემდეგს: პაციენტმა უნდა გააცნობიეროს საკუთარი პრობლემა და ჰქონდეს რწმენა იმისა, რომ შეძლებს წონის

დარეგულირებას, შეძლებს სიმსუქნისა და მისი შედეგების მართვას, დაეხმარება საკუთარ თავს ქცევის შეცვლაში, რაც აუცილებლად შეცვლის მის განწყობას და გააიოლებს წონის კლებისა და შენარჩუნების პროცესის მიმდინარეობას. ეს მეთოდი მოიცავს რამდენიმე კომპონენტს, კერძოდ – საკუთარი თავის მონიტორინგი (მაგ. ჩანაწერები კვების შესახებ), კვების სტიმულის კონტროლი, რელაქსაცია. ეს მეთოდი უნდა შეადგენდეს დიეტის რუტინულ შემადგენელ ნაწილს. ამ მეთოდის განმხორციელებელი პერსონალი უნდა იყოს კვალიფიციური და შესაბამისად კომპეტენტური. შესაძლოა იყოს ფსიქოლოგი ან რიგ შემთხვევაში – საჭიროებისამებრ – ფსიქიატრი (EASO, 2008).

9.12. ფიზიკური აქტივობა

ფიზიკური აქტივობით იზრდება ენერჯის ხარჯვა და ცხიმოვანი ქსოვილის ე.წ. წვა. გარდა ამისა, მას აქვს დამატებითი სარგებელი:

- ამცირებს აბდომინურ ცხიმს და ზრდის ცხიმისაგან თავისუფალ (ჩონჩხი და კუნთოვანი ქსოვილი) სხეულის მასას;
- აქვეითებს სისხლის წნევას და აუმჯობესებს გლუკოზისადმი ტოლერანტობას, ინსულინისადმი მგრძობელობას და ლიპიდურ პროფილს;
- აუმჯობესებს ფიზიკურ მდგომარეობას;
- აუმჯობესებს პაციენტთა თავსებადობას დიეტისადმი და აქვს დადებითი ზეგავლენა დაკლებული წონის ხანგრძლივად შენარჩუნებაში;
- იწვევს კარგ გუნებ-განწყობას და საკუთარი თავის რწმენას;
- ამცირებს შფოთვისა და დეპრესიას.

ასევე მიზნად ისახავს უმოდრაო ცხოვრების სტილისაგან თავის დაღწევას (ტელევიზორის ყურება, კომპიუტერი) და ზრდის ყოველდღიურ აქტივობას (სიარული, ველოსიპედი, ლიფტის ნაცვლად კიბეებზე ასვლა). ფიზიკური დატვირთვაც აბსოლუტურად ინდივიდუალურად უნდა შედგეს თანამედროვე რეკომენდაციის თანახმად ყველა ასაკის ადამიანმა ზომიერი ინტენსივობით უნდა ივარჯიშოს 30–60 წუთის მანძილზე, ფაქტობრივად, ყოველდღე, სისტემატურად (JEASOESH, 2012).

9.13. ფსიქოლოგიური დახმარება

სიმსუქნით დაავადებული პაციენტის მკურნალობაში სპეციალისტმა უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება იმის თაობაზე, რომ კომპლექსურ მკურნალობაში პაციენტი ფსიქოლოგისა თუ ფსიქიატრის დახმარებას საჭიროებს. ბუნებრივია, რომ ესეც ინდივიდუალურია პაციენტის ფსიქოსომატური მდგომარეობიდან გამომდინარე. ამგვარი დახმარება (ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრის დანიშნულება) არის სიმსუქნის კომპლექსური მკურნალობის ერთერთი შემადგენელი ნაწილი (EASO, 2008).

9.14. ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

- ფარმაკოლოგიური მკურნალობა უნდა განიხილებოდეს, როგორც დაავადების კომპლექსური მკურნალობის ერთ-ერთი ნაწილი (ჩვენების მიხედვით);
- ფარმაკოთერაპია დაეხმარება პაციენტს შესაბამისი მკურნალობის შენარჩუნებაში; გააუმჯობესებს სიმსუქნესთან დაკავშირებული დაავადებების მართვასა და პაციენტის

ცხოვრების ხარისხს. მას ასევე შეუძლია სიმსუქნის თანმხლები დაავადებების (მაგ. შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2) განვითარების პრევენცია;

- პრეპარატის დანიშვნა მიზანშეწონილია პაციენტთა შემდეგი ჯგუფისათვის: სმი ≥ 30 კგ/მ² ან სმი ≥ 27 კგ/მ² სიმსუქნესთან ასოცირებული დაავადებებით (მაგ. ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2);
- ფარმაკოთერაპიის ეფექტურობის შეფასება რეკომენდებულია მკურნალობის დაწყებიდან პირველი 3 თვის მანძილზე. დამაკმაყოფილებლად ითვლება წონაში კლება სხეულის მასის 5%-ზე მეტით შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის არ მქონე პირებში და სხეულის მასის 3%-ზე მეტით შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ით დაავადებულ პირებში. ასეთ შემთხვევაში ფარმაკოთერაპია გრძელდება, ხოლო თუკი წონის კლება არ აღინიშნება, მიზანშეწონილია მედიკამენტური მკურნალობის შეწყვეტა;
- დღეისათვის სიმსუქნის სამკურნალო პრეპარატად მიჩნეულია ორლისტატი. რიმონაბანტი და სიბუტრამინი მწირი უსაფრთხოების ქონის გამო, ფაქტობრივად, აღარ გამოიყენება, აღარ იხმარება ან სიბუტრამინის შემთხვევაში (რიგ ქვეყნებში) სიფრთხილით ინიშნება (NHLBI, 1998; EASO, 2008; JEASOESH, 2012);
- პრეპარატი უნდა გამოვიყენოთ მისი დანიშვნის ჩვენების, უკუჩვენებისა და გამოყენების შეზღუდვის გათვალისწინებით; კერძოდ, ორლისტატი 120 მგ - 1 კაფსულა განსაზღვრული კვების შემდეგ ან მირთმევიდან არაუგვიანეს 1 სთ-ის მანძილზე. ამ პრეპარატის მაქსიმალური დღიური დოზაა 1 კაფსულა 3-ჯერ დღეში. პრეპარატის დოზა და მკურნალობის ხანგრძლივობა ისაზღვრება ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ინდივიდუალურად. ორლისტატი უკუნაჩვენებია იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც აქვთ ქრონიკული მალაბსორბციის სინდრომი ან ქოლესტაზი ან რომელთაც დადგენილი აქვთ ზემგრძნობელობა ორლისტატის, ან პრეპარატში შემავალი რომელიმე სხვა კომპონენტის მიმართ. ორლისტატის გვერდითი მოვლენები, ძირითადად, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ ვლინდება და საკვებით მიღებული ცხიმის შეწოვის საწინააღმდეგო ფარმაკოლოგიურ მოქმედებასთან არის დაკავშირებული. ხშირი გვერდითი მოვლენებია: მცირე ცხიმოვანი გამონადენი უკანა ტანიდან, აირების დაგროვება-გამოყოფა, იმპერატიული მოთხოვნილება კუჭის მოქმედებაზე, განავალი ცხიმოვანი/ზეთოვანი მინარევებით, ზეთოვანი კონსისტენციის განავალი, დეფეკაციის გახშირება და კუჭში გასვლის შეუკავებლობა. ამ მოვლენების სიხშირე მით უფრო მეტია, რაც უფრო მაღალია ცხიმის შემცველობა საკვებში. პაციენტები ინფორმირებულნი უნდა იყვნენ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ გვერდითი ეფექტების გამოვლენის შესაძლებლობისა და ყველაზე მისაღები გზით მათი მოგვარების შესახებ, როგორცაა ექიმთან შეთანხმებით ინდივიდუალური დიეტის გამკაცრება, კერძოდ, მასში ცხიმის პროცენტული შემცირება. ნაკლებცხიმოვანი საკვების მიღება ამცირებს კუჭ-ნაწლავის მხრივ გვერდითი მოვლენების განვითარების შესაძლებლობას. ეს გვერდითი მოვლენები, ძირითადად, მსუბუქად არის გამოხატული და გარდამავალი ხასიათისაა. მრავალრიცხოვანი კვლევების თანახმად, მათი გამოვლენა მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე (პირველი 3 თვის განმავლობაში) ხდებოდა და პაციენტების უმრავლესობისთვის მხოლოდ ერთი ეპიზოდით შემოიფარგლებოდა. სიმპტომურ მკურნალობას საჭიროებს შემდეგი გვერდითი მოვლენები - ტკივილი მუცლის და სწორი ნაწლავის არეში, კბილის და ღრძილების დაზიანება. სხვა შესაძლო მოვლენები - ზედა და ქვედა სასუნთქი გზების ინფექცია, გრიპი, თავის ტკივილი, დისმენორეა, აგზნებადობა, სისუსტე, საშარდე გზების

ინფექციები. პრეპარატით ხანგრძლივი მკურნალობის ფონზე (2 წელზე მეტი ვადა) ცხიმში ხსნადი ვიტამინების შეწოვის შემცირების თავიდან აცილების მიზნით, რეკომენდებულია პოლივიტამინური კომპლექსის გამოყენება, რაც უხშირესად, სიმსუქნის კომპლექსური თერაპიის ფარგლებში, იმთავითვე გათვალისწინებულია.

9.15. ქირურგია

ქირურგიული ჩარევა ყველაზე ეფექტური მეთოდია მორბილული სიმსუქნის სამკურნალოდ, ის აუმჯობესებს თანმხლებ პათოლოგიათა მიმდინარეობას და ცხოვრების ხარისხს და ხანგრძლივი დროის მანძილზე აქვეითებს ზოგადად სიკვდილიანობას. ქირურგიული ჩარევა უნდა მოიაზრობდეს პაციენტთა შემდეგ ჯგუფში: ასაკი 18–დან 60 წლამდე, სმი \geq 40 კგ/მ² ან სმი 35–დან 39,9 კგ/მ² თანმხლები პათოლოგიებით, რომლებშიც ქირურგიული ჩარევით გამოწვეული წონის კლება გააუმჯობესებს სხვა დარღვევას (როგორცაა შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და სხვა მეტაბოლური დარღვევები, კარდიორესპირატორული დაავადება, სახსრების მძიმე დაავადება და სიმსუქნესთან დაკავშირებული მძიმე ფსიქოლოგიური პრობლემები). მულტიდისციპლინური უნარ-ჩვევაა საჭირო იმისათვის, რომ ხელი შეეწყოს ქირურგიულ ჩარევას. ეს უნდა მოხდეს სპეციალიზირებულ კლინიკაში, სადაც ჩარევამდე მაღალპროფესიულ დონეზე შეფასდება პაციენტის მდგომარეობა, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. უმნიშვნელოვანესი პირობაა პაციენტის ადექვატური პოსტოპერაციული მართვა. ბარიატრიულ ქირურგიაში ლაპარასკოპიული მიდგომა უნდა მოიაზრობდეს არჩევის პირველ ტექნოლოგიად. ნებისმიერ სიტუაციაში ბარიატრიული ქირურგიის პროფესიონალიზმი და გამოცდილება არის ეფექტური გამოსავალის აუცილებელი პირობა (EASO, 2008).

9.16. ალტერნატიული თერაპია

სიმსუქნის მკურნალობა ხშირად წარუმატებელია. შედეგად, არააპრობირებული მკურნალობის მეთოდების გამოყენება იწყება, ასე, მაგალითად: მცენარეული პრეპარატები, ბიოლოგიურად აქტიური დანამატები, ჰომეოპათია. ექიმმა უნდა ურჩიოს პაციენტს მკურნალობის მიზნით მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მეთოდების გამოყენება, რომელთა უსაფრთხოება და ეფექტურობა სრულად შესწავლილი-დასტურებულია.

დასკვნა

- ექიმმა სიმსუქნე უნდა აღიაროს ქრონიკულ, მორეციდივე დაავადებად და აღნიშნულ პაციენტს ჩაუტაროს ადექვატური მკურნალობა;
- მკურნალობა უნდა ეფუძნებოდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ კარგ კლინიკურ მოვლასა და ჩარევას;
- სიმსუქნის მკურნალობის დროს საჭიროა რეალური მიზნების დასახვა და აღნიშნულის საფუძველზე, მკურნალობა-მეთვალყურეობის განსაზღვრა მთელი ცხოვრების მანძილზე. (NHLBI, 1998; EASO, 2008; JEASOESH, 2012).

10. რეკომენდაციების შეჯამება

10.1. წონის კლების უპირატესობები

- მაღალი არტერიული წნევის მქონე ჭარბწონიან და სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტებში წონის კლება რეკომენდებულია სისხლის წნევის შემცირების მიზნით. A კატეგორიის მტკიცებულება.
- სიმსუქნით და დისლიპიდემიით დაავადებულ პაციენტებში წონის კლება რეკომენდებულია საერთო ქოლესტერინის, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების და ტრიგლიცერიდების დონის შესამცირებლად სისხლის პლაზმაში და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დაქვეითებული დონის გასაზრდელად. A კატეგორიის მტკიცებულება.
- შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ით დაავადებულ ჭარბწონიან და სიმსუქნის მქონე პირებში წონის კლება რეკომენდებულია სისხლში გლუკოზის დონის შემცირების მიზნით. A კატეგორიის მტკიცებულება.

10.2. ჭარბი წონის და სიმსუქნის ხარისხის განსაზღვრა

- პრაქტიკოსმა ექიმმა უნდა გამოიყენოს სმი ჭარბი წონისა და სიმსუქნის ხარისხის შესაფასებლად, ხოლო მხოლოდ სხეულის მასის განსაზღვრა გამოიყენება, მკურნალობის ფონზე, წონის კლების დინამიკისა და მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად. C კატეგორიის მტკიცებულება.
- სმი უნდა იყოს გამოყენებული ჭარბი წონის და სიმსუქნის კლასიფიკაციისთვის და იმისთვის, რომ შეფასდეს შესაძლო დაავადების განვითარების რისკი, ნორმალურ წონასთან შედარებით. C კატეგორიის მტკიცებულება.
- წელის გარშემოწერილობის განსაზღვრა უნდა გამოვიყენოთ აბდომინური სიმსუქნის ხარისხის განსაზღვრის მიზნით C კატეგორიის მტკიცებულება.
- ზრდასრულ პაციენტებში სმი 25 კგ/მ²-იდან 34.9 კგ/მ²-მდე - სქესისთვის სპეციფიური წელის გარშემოწერილობის ცვლილება უნდა გამოვიყენოთ სმი-სთან კავშირში, დაავადების შესაძლო რისკების განვითარების იდენტიფიცირებისას. C კატეგორიის მტკიცებულება.

10.3. წონის კლების მიზანი

- წონის კლების თერაპიაში თავდაპირველ მიზანს წარმოადგენს სხეულის მასის შემცირება 10%-ით საწყის მასასთან შედარებით. წონის კლება ითვლება წარმატებულად თუ აღნიშნული ცვლილება დაფიქსირდება. A კატეგორიის მტკიცებულება.
- წონის კლება უნდა იყოს 0.5-1 კგ/კვირაში 6 თვის მანძილზე. მკურნალობის შემდგომი სტრატეგია განისაზღვრება წონის კლების საწყისი ეფექტით. B კატეგორიის მტკიცებულება.

10.4. როგორ განვახორციელოთ წონის კლება?

10.4.1. დიეტოთერაპია

- ინდივიდუალური დაბალკალორიული დიეტა რეკომენდებულია ჭარბწონიან და სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტებში. A კატეგორიის მტკიცებულება.

- ცხიმოვანი კომპონენტის შემცირება დაბალკალორიულ კვებაში კალორაჟის შემცირების მარტივი გზაა. A კატეგორიის მტკიცებულება.
- წონის კლების თვალსაზრისით მხოლოდ ცხიმოვანი კომპონენტის შემცირება საერთო კალორაჟის შემცირების გარეშე არასაკმარისია. თუმცა, დიეტის დღიურ კალორაჟში ცხიმოვანი და ნახშირწყლოვანი კომპონენტების კომბინირებული შემცირება უზრუნველყოფს საერთო კალორაჟის შემცირებას. A კატეგორიის მტკიცებულება.
- დიეტა უნდა იყოს ინდივიდუალურად შედგენილი და დღიური კალორაჟის შემცირება უნდა მოხდეს 500-იდან 1000კკალ-მდე, რომელიც უნდა იყოს ინტეგრირებული წონის კლების ნებისმიერ პროგრამაში,რის ფონზეც წონის კლება საშუალოდ უნდა შეადგენდეს 0.5-1კგ/კვირაში. A კატეგორიის მტკიცებულება.

10.4.2. ფიზიკური აქტივობა

- ფიზიკური აქტივობა რეკომენდებულია როგორც ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტი წონის კლებისა და კონტროლის თვალსაზრისით, რადგან ის ზომიერად უწყობს ხელს წონის თანმიმდევრულ კლებას ჭარბი წონითა და სიმსუქნით დაავადებულ პირებში. A კატეგორიის მტკიცებულება. მან შესაძლოა შეამციროს აბდომინური ცხიმის რაოდენობა. B კატეგორიის მტკიცებულება. ფიზიკური აქტივობა ხელს უწყობს სასუნთქი და გულსისხლძარღვთა სისტემის გაჯანსაღებას (B კატეგორიის მტკიცებულება). შესაძლოა ხელი შეუწყოს წონის შენარჩუნებას. C კატეგორიის მტკიცებულება.
- ფიზიკური აქტივობა წარმოადგენს ინტეგრალურ ნაწილს წონის კლებისა და შენარჩუნების პროცესში. ფიზიკური აქტივობის საწყისი ხანგრძლივობა 30-იდან 45წთ-მდეა - 3-5დღე კვირაში,რომელიც აუცილებლად უნდა იყოს მზარდი. ყველა ზრდასრულმა პირმა უნდა დაისახოს მიზნად ყოველდღიური 30 წთ-იანი ვარჯიში კვირის უმეტეს ან უმჯობესია ყოველდღე. B კატეგორიის მტკიცებულება.
- დაბალკალორიული დიეტის და ფიზიკური აქტივობის კომბინაცია რეკომენდებულია მანამ, სანამ ხორციელდება წონის კლება, რადგან უზრუნველყოფს აბდომინური ცხიმის რაოდენობის შემცირებას და გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის გაჯანსაღებას. A კატეგორიის მტკიცებულება.

10.4.3. ქცევითი თერაპია

- ქცევითი თერაპია ეფექტურია მაშინ, როცა ის კომპლექსურ მკურნალობასთან (წონის კლება, ფიზიკური დატვირთვა, დაკლებული კილოგრამების შენარჩუნება, სმი-ის სტაბილიზაცია) არის შეხამებული. B კატეგორიის მტკიცებულება.
- პრაქტიკოსმა ექიმმა უნდა შეძლოს პაციენტის მოტივაცია იმისათვის, რომ იგი ჩაერთოს წონის კლების პროცესში და იყოს აქტიური მონაწილე ამ პროცესისა. ასევე, პრაქტიკოსმა ექიმმა უნდა განსაზღვროს პაციენტის მზაობა მკურნალობისადმი და კიდევ უფრო მეტად შეძლოს მისი მოტივაცია მკურნალობის შემდგომ საფეხურზე გადაყვანის თვალსაზრისით. D კატეგორიის მტკიცებულება.
- დიეტოთერაპიისა და ფიზიკური აქტივობის ხელშემწყობ ფაქტორად განიხილება ქცევითი თერაპია, რომელიც კომპლექსური მკურნალობის ერთერთ შემადგენელ ნაწილად

მოიაზრება, რაც წონის ეფექტურ კლებასა და მიღებული ეფექტის შენარჩუნებას იწვევს. B კატეგორიის მტკიცებულება.

10.4.4. კომბინირებული თერაპია

- წონის კლებისა და შენარჩუნების თერაპია უნდა მოიცავდეს ფიზიკური აქტივობის, დიეტოთერაპიისა და ქცევითი თერაპიის კომბინაციას. A კატეგორიის მტკიცებულება.

10.4.5. ფარმაკოთერაპია

წონის მაკორეგირებელი პრეპარატები აღიარებული FDA-ს მიერ შესაძლოა გამოვიყენოთ წონის კლების თანმიმდევრულ პროგრამაში დიეტოთერაპიასთან და ფიზიკურ აქტივობასთან კომბინაციაში სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტებში (სმი>30 კგ/მ²), რომელთაც არ აღნიშნებათ სიმსუქნის თანმდევი რისკ-ფაქტორები და იმ პაციენტებში, რომელთაც სმი>27 კგ/მ² და აღნიშნებათ სიმსუქნის თანმდევი რისკ-ფაქტორები. წონის მაკორეგირებელი პრეპარატები არ უნდა იყოს გამოყენებული ცხოვრების წესის ცვლილების გარეშე. ფარმაკოთერაპია საჭიროებს მუდმივ მონიტორინგს ეფექტურობისა და უსაფრთხოების თვალსაზრისით. თუ პრეპარატი გამოირჩევა ეფექტურობით წონის კლების პროცესში და არ ახასიათებს სერიოზული გვერდითი მოვლენა, მისი მიღება გრძელდება. გვერდითი მოვლენის გამოვლენის შემთხვევაში პრეპარატის მიღება წყდება. B კატეგორიის მტკიცებულება.

10.4.6. წონის კლების ქირურგიული მეთოდი

წონის კლების ქირურგიული მეთოდი - ქირურგიული ჩარევა გამართლებულია იმ პაციენტებში, რომელთაც სხეულის მასის ინდექსი მეტია 35-40 კგ/მ², სადაც ვერ განხორციელდა მკურნალობის სხვა მეთოდების ფონზე წონაში კლება და აღნიშნული პაციენტები იმყოფებიან ავადობისა და სიკვდილიანობის მაღალი რისკის ქვეშ. B კატეგორიის მტკიცებულება.

10.4.7. წონის კლების ეფექტის შენარჩუნების მიზანი

- წარმატებული წონის კლების შემდეგ მიღებული ეფექტის შემანარჩუნებელი პროგრამა – რომელიც დიეტოთერაპიას, ფიზიკურ აქტივობას და ქცევით თერაპიას მოიცავს უნდა გაგრძელდეს განუსაზღვრელად, ფაქტობრივად, მთელი ცხოვრების მანძილზე. ასევე შეიძლება გამოვიყენოთ მედიკამენტური მკურნალობა, თუმცა აღნიშნული პრეპარატების უსაფრთხოება და ეფექტურობა პირველი ერთი წლის განმავლობაში დამტკიცებული არ არის. B კატეგორიის მტკიცებულება
- პირველი 6 თვის მანძილზე, მკურნალობის ფონზე მიღებული წონის კლების ეფექტის შენარჩუნება წარმოადგენს ჭარბი წონის და სიმსუქნის მკურნალობის მენეჯმენტის მნიშვნელოვან კომპონენტს. B კატეგორიის მტკიცებულება.

10.4.8. როგორ შევინარჩუნოთ წონის კლების ეფექტი?

- ლიტერატურის მიხედვით წონის კლებისა და წონის შენარჩუნების თერაპიის დროს ადგილი უნდა ჰქონდეს ექიმისა და პაციენტის ხანგრძლივ და ხშირ ურთიერთობას. ეს ძალისხმევა აუცილებლად განაპირობებს წონის კლებისა და დაკლებული კილოგრამების შენარჩუნების მაღალ ეფექტს. C კატეგორიის მტკიცებულება.
- წონის კლებისა და შენარჩუნების პროგრამა შესაძლებელია მართოს არასპეციალიზებულმა პრაქტიკოსმა ექიმმა, იმ შემთხვევაში თუ მას ამ მიმართულებით აქვს გარკვეული მყარი და

საფუძვლიანი ცოდნა. ამრიგად, ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენელმა პრაქტიკოსმა ექიმთან ერთად შეიძლება მართოს წონის კლების პროცესი. B კატეგორიის მტკიცებულება.

10.5. სპეციალური სამკურნალო ჯგუფები

- მწევლები - თამბაქოს მოხმარება ერთერთი ძირითადი მიზეზია კარდიოვასკულური დაავადებების განვითარებისა. თამბაქოს მოხმარება და სიმსუქნე ზრდის კარდიოვასკულური დაავადებების განვითარების რისკს. ყველა მწეველმა მიუხედავად მათი წონითი კატეგორიისა თავი უნდა დაანებოს თამბაქოს მოხმარებას. წონის განმეორებითი ნამატის თავიდან აცილება უნდა მოხდეს დიეტოთერაპიით, ფიზიკური აქტივობით, ქვევითი თერაპიით. აქცენტი უნდა გაკეთდეს პირველ რიგში არა წონაზე, არამედ ამ მავნე ჩვევის მოშორებაზე. C კატეგორიის მტკიცებულება.
- ასაკოვანი პაციენტები - კვლევებმა აჩვენა, რომ ასაკი არ უნდა იყოს ხელისშემშლელი წონის კლებისთვის. ამ პაციენტებში ავადობის რისკი ისეთივე მაღალია, როგორც ახალგაზრდა ასაკში. ასაკი არ უნდა იყოს ხელისშემშლელი არც დიეტოთერაპიისა და არც ფიზიკური აქტივობისათვის. თუმცა, საჭიროა გაითვალისწინოთ ყველა ის დაავადება, რომელიც ასაკთან ერთად უფრო მძიმდება. D კატეგორიის მტკიცებულება.
- ალბათობა იმისა, რომ სხვადასხვა პოპულაციაში მივიღოთ განსხვავებული შედეგები სტანდარტული მკურნალობის სქემის და მიუხედავად დიდია. B კატეგორიის მტკიცებულება.

11. მოსალოდნელი შედეგები

ჭარბი წონითა და სიმსუქნით დაავადებულ პირთა რაოდენობის შემცირება. სიმსუქნესთან დაკავშირებული დაავადებების მართვის გაიოლება. პაციენტთა ინვალიდიზაციის თავიდან აცილება და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

12. აუდიტის კრიტერიუმები

- პაციენტთა რა რაოდენობას (%) დაუდგინდა ჭარბი წონა?
- პაციენტთა რა რაოდენობას (%) დაესვა სიმსუქნის დიაგნოზი? მათ შორის რამდენია (%) I ხარისხით, რამდენი (%) II და რამდენი (%) III ხარისხით ავად?
- პაციენტთა რა რაოდენობას (%) გამოუვლინდა თანმხლები დაავადება?
- ჭარბი წონის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობას (%) განესაზღვრა უზომოდ გლუკოზის დონე?
- ჭარბი წონის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობას (%) განესაზღვრა ლიპიდური ცვლა?
- ჭარბი წონის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობას (%) დასჭირდა დამატებითი კვლევის ჩატარება?
- ჭარბი წონის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) დაიკლო წონაში მხოლოდ დიეტით?
- ჭარბი წონის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) დაიკლო წონაში მხოლოდ ფიზიკური აქტივობის გაზრდით?
- ჭარბი წონის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) დაიკლო წონაში კომბინირებული მკურნალობით (დიეტა + ფიზიკური აქტივობა)?

- სიმსუქნის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობას (%) განესაზღვრა უზმოდ გლუკოზის დონე?
- სიმსუქნის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობას (%) განესაზღვრა ლიპიდური ცვლა?
- სიმსუქნის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობას (%) განესაზღვრა ლვიძლის ფუნქციური სინჯი?
- სიმსუქნის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობაში (%) განისაზღვრა შარდმჟავა?
- სიმსუქნის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობაში (%) განისაზღვრა თირეოტროპული ჰორმონის დონე?
- სიმსუქნის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობას (%) დასჭირდა დამატებითი კვლევის ჩატარება (ჩვენების მიხედვით)?
- სიმსუქნის (სმი > 30 კგ/მ²) დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) დაიკლო წონაში მხოლოდ დიეტით?
- სიმსუქნის (სმი > 30 კგ/მ²) დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) დაიკლო წონაში მხოლოდ ფიზიკური აქტივობის გაზრდით?
- სიმსუქნის (სმი > 30 კგ/მ²) დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) დაიკლო წონაში კომბინირებული მკურნალობით (დიეტა+ფიზიკური აქტივობა)?
- სიმსუქნის (სმი > 30 კგ/მ²) დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) გამოიყენა წონის მაკორეგირებელი პრეპარატი?
- სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა რა რაოდენობას (%) გაუმჯობესდა მეტაბოლიზმი (გლუკოზის დონე სისხლში, ლიპიდური სპექტრი, კარდიოვასკულური პრობლემები და ა. შ.).
- სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) ვერ შეძლო წონის დაკლება?
- სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) დაიკლო წონაში საწყის მასასთან შედარებით 10% და დროის რა მონაკვეთში?
- სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) დაიკლო წონაში საწყის მასასთან შედარებით 10%-ზე ნაკლები და დროის რა მონაკვეთში?
- სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) დაიკლო წონაში საწყის მასასთან შედარებით 10%-ზე მეტი და დროის რა მონაკვეთში?
- სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) შეძლო დაკლებული წონის შენარჩუნება?
- სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) შეძლო დაკლებული წონის შენარჩუნება 6 თვის მანძილზე?
- სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) შეძლო დაკლებული წონის შენარჩუნება 1 წლის მანძილზე?
- სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა რა რაოდენობამ (%) შეძლო დაკლებული წონის შენარჩუნება 1 წელზე მეტ ხანს?
- სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა რა რაოდენობაში (%) განვითარდა დაავადების რეციდივი?

13. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

გზამკვლევის გადახედვა 2 წელიწადში ხდება, შესაბამისად, მიზანშეწონილია პროტოკოლის ამ ვადაში გადახედვა.

14. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები მოცემულია დანართში N1.

15. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

წარმოდგენილი კლინიკური რეკომენდაციების პრაქტიკაში დანერგვისათვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს ჩაუტარდეს სპეციალური სწავლება, წვრთნა ჭარბი წონითა და სიმსუქნით დაავადებულ პირთა დროული დიაგნოსტიკისა და ეფექტური მკურნალობის შესახებ. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ამ პათოლოგიით დაავადებულ პირთა კომპლექსურ გამოკვლევასა და თანმხლებ პათოლოგიათა ადექვატურ მკურნალობას. ამ თვალსაზრისით, მეტად მნიშვნელოვანია ერთიანი სტრატეგიის ჩამოყალიბება, თუმცა აქაც უნდა გაითვალისწინოთ სიმსუქნით დაავადებულ პირთა სპეციფიკა და ინდივიდუალური მიდგომა, რაც მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული. აღნიშნული სწავლება უნდა ჩატარდეს გარკვეული პერიოდულობით.

16. დანართები

დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	რესურსის გამოყენების მიზანი	
ოჯახის ექიმი, ზოგადი პროფილის ექიმი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, პაციენტთა მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ექთანი	სისხლის აღება ლაბორატორიული გამოკვლევებისთვის, პაციენტის წონისა (კგ) და სიმაღლის (სმ) განსაზღვრა, წელის გარშემოწერილობის განსაზღვრა (სმ), რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობისა და პრევენციის თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	სავალდებულო
ენდოკრინოლოგი	თანმხლებ დაავადებათა გამოვლენა, ინდივიდუალური დიეტის შექმნა და მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება, ხანგრძლივი მეთვალყურეობა	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
სასწორი	რისკის პროფილის შეფასება, სმი-ის გამოთვლა	სავალდებულო
სანტიმეტრი	რისკის პროფილის შეფასება, წელის გარშემოწერილობის გაზომვა	სავალდებულო
სიმაღლის საზომი	რისკის პროფილის შეფასება, სმი-ის გამოთვლა	სავალდებულო
ლაბორატორიული სერვისის უზრუნველყოფა	მეტაბოლური დარღვევების შეფასების, თანმხლებ პათოლოგიათა გამოვლენის მიზნით	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა - ეკგ ულტრაბგერა	დიაგნოზის დადასტურება, მეტაბოლური დარღვევებისა და, რისკის შეფასება, თანმხლებ პათოლოგიათა გამოვლენა; ჩვენების შემთხვევაში, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს	სავალდებულო სასურველი

	რეფერალი გამოკვლევისთვის	
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სავალდებულო

დანართი N2. მტკიცებულების დონეები და რეკომენდაციის ხარისხები (EASO 2004, 2008)

მტკიცებულების დონეების განმარტება

1++ - მაღალი ხარისხის მეტა-ანალიზები, რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევათა განხილვა, ან რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევათა ცდომილების ძალიან დაბალი რისკი;

1+ - კარგად წარმოებული მეტა-ანალიზები, რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევათა განხილვა, ან რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევათა ცდომილების დაბალი რისკი;

1 - მეტა-ანალიზები, რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევათა განხილვა, ან რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევათა ცდომილების მაღალი რისკი;

2++ - მაღალი ხარისხის ერთეული შემთხვევის, ჯგუფის, ან კვლევის განხილვა;

2+ - მაღალი ხარისხის ერთეული შემთხვევა, ან კოჰორტული კვლევა შეცდომის, ცდომილების ან შემთხვევითობის ძალიან დაბალი რისკით და მაღალი ალბათობა იმისა, რომ ურთიერთკავშირი შემთხვევითია;

2- - კარგად ჩატარებული ერთეული შემთხვევ ან კოჰორტული კვლევა შეცდომის, ცდომილების ან შემთხვევითობის ძალიან დაბალი რისკით და ზომიერი ალბათობა იმისა, რომ ურთიერთკავშირი შემთხვევითია;

არა ანალიტიკური კვლევა, ასე მაგალითად შემთხვევის აღწერა, შემთხვევათა სერია; ექსპერტთა მოსაზრება.

რეკომენდაციების ხარისხების განმარტება

A - სულ მცირე 1 მეტა-ანალიზი, მიმოხილვა, ან რანდომიზებული კლინიკური კვლევა განსაზღვრული როგორც 1++, გამოყენებული უშუალოდ სამიზნე პოპულაციაზე ან რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევათა მიმოხილვა ან 1+ შეფასებულ კლინიკურ კვლევათა ერთობლიობა, რომელიც უშუალოდ გამოყენებულია სამიზნე პოპულაციაზე და ახდენს შედეგების მთელი თანმიმდევრობის დემონსტრირებას;

B - ძირითადი მტკიცებულებები, რომელიც მოიცავს 2++ შეფასებულ კვლევათა ერთობლიობას, გამოყენებულს უშუალოდ სამიზნე პოპულაციაზე და ახდენს შედეგების მთელი თანმიმდევრობის დემონსტრირებას ან ექსტრაპოლირებული მტკიცებულება, რომელიც გამომდინარეობს 1++ ან 1+ შეფასებული კვლევებიდან;

C - ძირითადი მტკიცებულებები, რომელიც მოიცავს 2+ შეფასებულ კვლევათა ერთობლიობას, გამოყენებულს უშუალოდ სამიზნე პოპულაციაზე და ახდენს შედეგების მთელი თანმიმდევრობის დემონსტრირებას ან ექსტრაპოლირებული მტკიცებულება, რომელიც გამომდინარეობს 2++ შეფასებული კვლევებიდან;

D - მტკიცებულების დონე 3 ან 4 ან ექსტრაპოლირებული მტკიცებულება, 2+ შეფასებული კვლევებიდან;

დანართი N3. სხვადასხვა პროდუქტის კალორიულობა და ფიზიკური აქტივობის შედეგად გახარჯული კკალორიები

ა) რძე და რძის პროდუქტების კალორიულობა

პროდუქტის დასახელება	პროდუქტის კალორიულობა 100 გრ. (კკალ)
კეფირი ცხიმიანი	56
კეფირი უცხიმო	30
მაიონეზი	624
მარგარინი	766
კარაქი	661
ერბო	887
რძე პასტერიზებული	58
რძე სტერილიზებული	61
ნაყინი რძიანი	137
ნაყინი ნაღების	227
ნაყინი პლომბირი	227
ნაყინი ესკიმო	284
მაწონი	58
შედედებული რძე	345
ნაღები 10% ცხიმოვანობის	118
ნაღები 20% ცხიმოვანობის	213
არაჟანი 10% ცხიმოვანობის	115
არაჟანი 20% ცხიმოვანობის	300
<u>ყველის ნაირსახეობა:</u>	
ამადეუსი	364
ჰოლანდიური	357
დომბლანი (ნახევრად მაგარი)	360
კოსტრომული	345
ლოსპალმინო	61
მეგლე	590
მდნარი ყველი	253
მოოსბახერი	350
რამბრი	336
როკფორი	352
პარმიჯანო	431
სულგუნი	260
იმერული	240
ქარხნის	275
სირიუს კამამბერი	294
შვეიცარული	379
ცხვრის (მაგარი)	393
ხაჭო 4%	93
ხაჭო უცხიმო	88

ბ) ხორცის პროდუქტების და ფრინველის კალორიულობა

პროდუქტის დასახელება	პროდუქტის კალორიულობა 100 გრ. (კკალ)
ცხვრის ხორცი ცხიმიანი	316
ცხვრის ხორცი უცხიმო	206
ლორი	365
საქონლის მოხარშული ხორცი უცხიმო	110
საქონლის მოხარშული ხორცი ცხიმიანი	205
მკერდის ნაწილი	300
იხვი შემწვარი	490
ინდაური	205
ძეხვი დიაბეტური	254
ძეხვი კრაკოვის	382
ძეხვი მოყვარულთა	291
ძეხვი მოხარშული	193
ბეკონი შებოლილი	469
ბოცვერი	183
ქათამი შემწვარი	210
ქათამი მოხარშული ცხიმიანი	195
ქათამი მოხარშული უცხიმო	135
ძროხის ღვიძლი	87
ძროხის თირკმელები	59
საქონლის სარდელი	215
ღორის სარდელი	332
ღორის ხორცი შემწვარი	275
ღორის ცხიმიანი ხორცი	390
ღორის შებოლილი ხორცი	245
სოსისი რძიანი	266
ხბო შემწვარი	150
ხბო მოხარშული	115
ბატი შემწვარი	345
ქათმის კვერცხი (1ც)	157

გ) თევზეულის კალორიულობა

პროდუქტის დასახელება	პროდუქტის კალორიულობა 100 გრ-ზე (კკალ)
კეტის ხიზილალა	356
წითელი ხიზილალა	256
შავი ხიზილალა (ზუთხის)	280
კამბალა შემწვარი	75
კამბალა შებოლილი	90
სარკისებრი კობრი მოხარშული	95
სარკისებრი კობრი შემწვარი	145
კაპარჭინა	100
კობრი, ჭანარი	40
ორაგული	400
მანტაი ატლანტიკის	92
ნაგავა	69
ქორჭილა ზღვის	94
ზუთხი	103
კიბორჩხალა	75
ზეთში ჩადებული სარდინი	275
ტარაღანა	200
ქაშაყი დამარილებული	261
ქაშაყი მარინაღში	155
ქაშაყი შებოლილი	218
ქაშაყი შემწვარი	180
სკუმბრია	191
ლოქო	161
სტავრიდა	114
ცქვრინი	83
ფარგა მოხარშული	30
ვირთევზა მოხარშული	44
თინუსი ზეთში	300
გველთევზა	310
კალმახი მოხარშული	45
ხევი	86
შპროტი ზეთში	340
ქარიყლაპია შემწვარი	95
ქარიყლაპია მოხარშული	45

დ) ხილისა და კენკრის კალორიულობა

პროდუქტის დასახელება	პროდუქტის კალორიულობა 100 გ. (კკალ)
გარგარი	41
ავოკადო	223
კომში	30
ალუჩა	38
ანანასი	40
ფორთოხალი	40
ბანანი	89
მოცვი	41
ყურძენი	70
ალუბალი	63
მსხალი	42
მაყვალი	42
ხენდრო	34
ძახველი	32
შტოში	35
შინდი	41
ხურტკმელი	40
ლიმონი	21
ჟოლო	42
მანდარინი	32
ატამი	43
ცირცველი	81
ქლიავი	43
მოცხარი წითელი	39
მოცხარი შავი	38
ბალი	52
ვაშლი	45

ე) 100 კკალ–ის გახარჯვა დროის სხვადასხვა მონაკვეთში ფიზიკური დატვირთვის შედეგად

კალორია	დრო (წთ)	აქტივობა
100	75	ფეხზე დგომა
100	86	კითხვა
100	86	წერა
100	86	ჯდომა
100	100	ძილი
100	39	უთაობა
100	36	მცენარეების მორწყვა
100	30	სახლის დალაგება
100	34	საჭმელის მომზადება
100	36	ბილიარდის თამაში
100	30	ბოულინგის თამაში
100	17-22	იოგა
100	11-35	სიარული
100	14-24	პილატესი
100	18	ბალეტი
100	15	ცეკვა
100	15	აერობიკა
100	11-22	ჩოგბურთი

100	10-36	ფეხბურთის თამაში
100	13	ძუნძული
100	8-22	ცურვა
100	8-20	კალათბურთი
100	8-12	კლდეზე ცოცვა
100	6-18	თხილამურებით სრიალი
100	6-22	ველოსიპედით სეირნობა
100	9	რაგბი
100	8-11	ხელბურთი
100	8-22	სირბილი

17. გამოყენებული ლიტერატურა

1. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults (1998): Sep; 6, Suppl 2: 51S-209S, Obesity Research;
2. Management of Obesity in Adults: Project for European Primary Care (2004) International Journal of Obesity, 28, S226-S231;
3. Obesity – guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children (2006) National Institute for Health and Clinical Excellence;
4. European Association for the Study of Obesity (EASO): Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines (2008): Obesity Facts; 1:106-116;
5. U.S. Department of Agriculture: Dietary Guidelines for Americans (2010): U.S. Department of Health and Human Services;
6. Consensus Document. Joint statement of the European Association for the Study of Obesity and the European Society of Hypertension (JEASOESH): obesity and difficult to treat arterial hypertension. (2012): Journal of Hypertension, 30:1047-1055.

18. პროტოკოლის ავტორები

1. ელენე გიორგაძე – პროფესორი, ენდოკრინოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტის დირექტორი, საქართველოს სიმსუქნის შემსწავლელი ასოციაციის საკოორდინაციო საბჭოს ხელმძღვანელი;
2. ქეთევან ასათიანი – მედიცინის დოქტორი, ენდოკრინოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტის სიმსუქნისა და მეტაბოლურ დარღვევათა განყოფილების ხელმძღვანელი, საქართველოს სიმსუქნის შემსწავლელი ასოციაციის პრეზიდენტი;
3. მარინა ლომიძე – მედიცინის დოქტორი, ენდოკრინოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტის სწავლული მდივანი, საქართველოს სიმსუქნის შემსწავლელი ასოციაციის გამგეობის წევრი;
4. მაკა კორინთელი – მედიცინის დოქტორი, ენდოკრინოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტის ექიმი-ენდოკრინოლოგი, საქართველოს სიმსუქნის შემსწავლელი ასოციაციის გამგეობის წევრი;
5. ნინო ჯიქურაული – ენდოკრინოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტის ექიმი-ენდოკრინოლოგი, საქართველოს სიმსუქნის შემსწავლელი ასოციაციის გამგეობის წევრი;
6. მარინა ცაგარელი – მედიცინის დოქტორი, ენდოკრინოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტის ძვლოვანი სისტემის ენდოკრინულ დარღვევათა განყოფილების ხელმძღვანელი, საქართველოს სიმსუქნის შემსწავლელი ასოციაციის გამგეობის წევრი.