

בנושא :

מניעה וטיפול בהשמנת יתר

דוח הועדה המקצועית מטעם :

- האיגוד הישראלי לרפואת משפחה
- האיגוד הישראלי לרפואה פנימית
- האיגוד הישראלי לאנדוקרינולוגיה
- החברה לחקר, מניעה וטיפול בהשמנת יתר
- החברה לתזונה קלינית
- המחלקה למטבוליזם ותזונת האדם, ביה"ס לרפואה, האוניברסיטה העברית, ירושלים
- המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות
- שירות המזון והתזונה, משרד הבריאות

2003



ההסתדרות הרפואית בישראל
המועצה המדעית • האגף למדיניות רפואית

תוכן העניינים

3	רשימת חברי הוועדה
4	כללי
7	מטרות
11	הטיפול התרופתי בהשמנת יתר
14	נספח הערכה רפואית של המטופל עם השמנת יתר
15	ספרות

רשימת חברי הוועדה

רפואת משפחה

ד"ר פוגלמן יעקב – המחלקה לרפואת משפחה קופת חולים לאומית והחוג לרפואת המשפחה – הטכניון, חיפה. איגוד רופאי המשפחה והחברה לחקר מניעה וטיפול בהשמנת יתר בישראל.

המחברים לפי סדר א-ב :

ד"ר גולדברג אבי – מומחה ברפואת משפחה, החוג לרפואת המשפחה אוניברסיטת תל-אביב.

ד"ר וינקר שלמה – החוג לרפואת המשפחה אוניברסיטת תל-אביב והמחלקה לרפואת המשפחה מרכז רפואי ע"ש רבין.

ד"ר זלוצובר בריגיט – מומחית ברפואת משפחה, המחלקה לרפואת משפחה חיפה.

ד"ר יצחק ברוך – מומחה ברפואת משפחה, איגוד רופאי המשפחה, המחלקה לרפואת משפחה חיפה.

ד"ר פינגנבאום עמיאל – המחלקה לרפואת המשפחה תל-אביב.

מומחים ונציגי איגודים

פרופ' קרסיק אברהם – החברה לחקר מניעה וטיפול בהשמנת יתר בישראל.

המחברים לפי סדר א-ב :

פרופ' בארי אליוט – רפואה פנימית ומנהל מח' למטבוליזם ותזונת האדם, ביה"ס לרפואה, האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

ד"ר ברנר יצהל – רפואה פנימית וגריאטריה – יו"ר החברה לתזונה קלינית הר"י.

ד"ר ברק ניר – רפואה פנימית ותזונה קלינית. החברה לתזונה קלינית.

פרופ' גרין מנפרד – ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.

ד"ר ויסמן נחום – מנהל היחידה לתזונה קלינית – מרכז רפואי סוראסקי.

ד"ר זלוצובר משה – מומחה בגינקולוגיה ואנדוקרינולוגיה – מרכז רפואי רמב"ם.

ד"ר לוי ישי – מנהל מחלקה פנימית ד' – מרכז רפואי רמב"ם.

ד"ר ניצן קלוסקי דורית – מנהלת שירות המזון והתזונה, משרד הבריאות.

קווים מנחים אלה נכתבו ע"י קבוצת העניין בנושא מניעה וטיפול בהשמנת יתר המשלבת רופאי משפחה מומחים, וקבוצת מומחים ונציגי איגודים וחברות נוספים מהסדרות הרפואית בישראל, אשר חברו יחד לנסח המלצות למניעה וטיפול בהשמנת יתר במבוגרים במסגרת רפואת המשפחה בקהילה. עבודה זו מתבססת על המלצות ה-NIH האמריקאי (1) איגודים אמריקאיים נוספים (2) וקווים מנחים שפורסמו באירופה (3,4).

מטרה: לתרום להורדת שיעור השמנת יתר באוכלוסיית ישראל הבוגרת, ולהפחית את התחלואה הקשורה בה.

קהל היעד: רופאי משפחה, רופאים, אחיות, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ודיאטנים המטפלים בהשמנת יתר.

עודף משקל והשמנת יתר הפכו לתופעה נפוצה בישראל (5) כמו במדינות רבות בעולם (6,7) ומטופלים רבים הלוקים בה זקוקים לטיפול והכוונה. המקום המתאים ביותר לטיפול היא במרפאות הקהילה וזאת עקב השכיחות הגבוהה של מחלות נוספות נלוות להשמנת היתר. הטיפול צריך להינתן על ידי צוות רב תחומי הכולל אחות, דיאטנית ואנשי צוות נוספים כגון מדריך כושר גופני, עובד סוציאלי, פסיכולוג ויועצים מומחים לפי הצורך.

מומלץ שרופא המשפחה ידריך וירכז את הטיפול.

טיפול באוכלוסייה נבחרת ייתכן גם במסגרות נוספות כמו מרפאות סוכרת, לחץ דם או השמנה. מקרים בעייתיים ו/או קיצוניים של השמנה יטופלו בעיקר במרפאות מקצועיות במרכזים רפואיים.

הטיפול צריך להינתן במסגרת רפואת הקהילה, תוך הקצאת משאבים מתאימים לכך.

שיתוף הפעולה ברמה הלאומית צריך לכלול גורמים נוספים. פעולות לעידוד של פעילות גופנית על ידי הקצאת מסלולי הליכה מאובטחים ורציפים ברשויות המקומיות, יצירת שבילי נסיעה לרכבי אופנים בעידוד משרד התחבורה, ועידוד בדרכים נוספות לפעילות גופנית. שיתוף של משרד הבריאות ומשרד המסחר והתעשייה בסימון ברור של תכולת השומן והאנרגיה במאכלים שונים ועידוד הצריכה של מאכלים דלי קלוריות. קיים גם צורך לבניית תוכנית התערבות וגילוי מוקדם של נטייה להשמנה בקרב ילדים.

חלק חשוב של ההתמודדות עם התופעה הוא הקצאת משאבים לצורכי קידום בריאות כולל הסברה באמצעי תקשורת ובאמצעים אחרים אודות אכילה בריאה, פעילות גופנית וחשיבות השמירה על המשקל. הצלחת ההטמעה של הקווים המנחים טמונה בדיונים ברמה המקומית ופיתוח של תוכניות מקומיות ליישום (8), ובמאמץ משלים להכשרת צוותים רב מקצועיים לטיפול בהשמנה.

הלוקים בהשמנה יופנו לתוכניות הטיפול כאשר עדיפות תינתן לאוכלוסייה בסיכון גבוה.

המדד הנפוץ כיום להגדרת עודף משקל והשמנה הינו ה-BMI (Body Mass Index). המדד מחושב ע"י חלוקת משקל הגוף בקילוגרמים, בריבוע הגובה (ללא נעליים) במטרים.

את דרגות ההשמנה מקובל לחלק לפי ערך ה-BMI:

ערכי BMI של:

● 25 – 29.9 : כעודף משקל

● 30 – 39.9 : השמנה

● 40 ומעלה : השמנת יתר חולנית.

מלבד ערכי ה-BMI ישנה חשיבות גם לפיזור השומן.

השמנה מרכזית (בטנית או בצורת "תפוח") מהווה גורם מנבא בלתי תלוי להתפתחות תחלואה הקשורה להשמנה ושכיחות יתר של הסינדרום המטאבולי (9), בעוד **השמנה בירכיים** (השמנת "אגסי") לא. מדד קל ונוח להערכת השמנה כזו הוא היקף הבטן.

היקף בטן (הנחייה למדידה בנספח) מעל 102 ס"מ בגבר ומעל 88 ס"מ באישה מעידים על השמנה מרכזית הדורשת טיפול גם אם ה-BMI קטן מ-30.

אטיולוגיה

השמנה היא מחלה כרונית רבת גורמים המתפתחת כתוצאה משילוב של גורמים גנטיים וסביבתיים.

הגורם הגנטי מורכב, ומחקרים מעידים כי יש לו משקל בהתפתחות השמנת היתר.

בגורמים הסביבתיים ניתן לכלול גם משתנים חברתיים, התנהגותיים, תרבותיים ונפשיים. גורמים אלו אחראיים במידה משמעותית להתפתחות מגפת ההשמנה העולמית.

השמנה מתפתחת כשקיים חוסר איזון בין כמות אנרגיה גדולה הנכנסת לגוף כתוצאה מאכילת יתר לבין הוצאת אנרגיה הנובעת מפעילות גופנית ברמה נמוכה.

גורמי סיכון להשמנת יתר:

1. סיפור משפחתי.
2. אורח חיים נטול פעילות גופנית.
3. ברות (דיאטה) עתירת שומן וקלוריות.
4. תרופות.
5. מצבים פסיכו-סוציאליים.
6. מחלות אנדוקריניות.

הנתונים לגבי אוכלוסיית ישראל הבוגרת נבדקו בסקר של משרד הבריאות (מב"ת) שבוצע בשנים 1999-2000 ומראים על שכיחות השמנת יתר (BMI מעל 30) של 19.9% בקרב הגברים ו-25.9% בקרב הנשים ובסך הכל שכיחות באוכלוסייה כולה היא כ-23% (5).

סיבוכי המחלה

השמנה מהווה גורם סיכון להתפתחות תחלואה וגם לתמותה מוגברת. המחלות והמצבים הבאים קיימים בשכיחות מוגברת בקרב הסובלים מהשמנה (10):

א. תחלואה הקשורה להשמנת יתר

● תחלואה מוגברת ביותר (סיכון יחסי מעל פי 3):

1. סוכרת מטיפוס 2
2. אבני כיס המרה
3. היפרליפידמיה
4. דום נשימה בשינה
5. תנגודת לאינסולין

● תחלואה מוגברת (סיכון יחסי 2-3):

6. יתר לחץ דם
7. אוסטיאוארטריטיס כולל כאבי גב תחתון, וכאבי מיפרקים
8. אי ספיקת לב
9. מחלת לב כלילית
10. סרטן רירית הרחם
11. שיגדון (GOUT)

● תחלואה מוגברת (סיכון יחסי 1-2):

12. מומים בעובר מסוג Neural Tube Defects
13. סרטן השד – בנשים לאחר חדילת האורח (פוסט מנופאוזליות)
14. סרטן הרחם, צוואר הרחם ושחלות
15. סרטן המעי הגס וערמונית בגברים
16. הפרעות בסדירות המחזור ובעיות פוריות על רקע אי ביוץ
17. סיכוני הרדמה

ב. אפלייה והפרעות חברתיות/תעסוקתיות

1. הגבלות בתעסוקה, סיכוי נמוך להתקבל בחלק מהמשרות
2. דחק חברתי, דימוי עצמי נמוך, בידוד חברתי, מצבי רוח דכאוניים
3. הגברת סיכון לנכות, יציאה לפרישה מוקדמת והכנסה נמוכה

המטרה של כל תוכנית: שמירה על הירידה במשקל המושגת בשלב הראשון לטווח ארוך.

ישנן שלוש שיטות טיפול עיקריות לצורך ירידה במשקל:

1. טיפול לא תרופתי.
2. טיפול תרופתי.
3. טיפול ניתוחי.

1) הטיפול הלא תרופתי – שינוי סגנון החיים

כללי

שינוי סגנון החיים מהווה אבן יסוד למניעה וטיפול, בהשמנת יתר ובמחלות כרוניות רבות הן במבוגרים והן במניעת תחלואה בילדים.

טפל בחולה ברגישות ובכבוד – שמנים רבים מתלוננים על יחס לא הולם מצד הקהילה הרפואית (11). כל חולה מצריך בתחילה טיפול פרטני ומותאם ומעקב לאורך זמן. זאת בדומה למחלות כמו סוכרת ויתר לחץ דם. הערכה פסיכוסוציאלית בסיסית היא חלק בלתי נפרד מהערכת ההשמנה. בדוק האם יש צורך בטיפול פסיכולוגי מקביל או נוסף – כמו לדוגמה טיפול בדיכאון. בעיות נפשיות ברקע שלא יזכו לפתרון יקשו על הצלחת הטיפול השמנת היתר.

טיפול בסיסי

הטיפול בהשמנה מבוסס על שינוי באורח החיים. כל מטופל הסובל מעודף משקל, גם אם בכוונתו לקבל טיפול תרופתי או טיפול כירורגי חייב בטיפול הבסיסי. הטיפול ניתן באופן הטוב ביותר ע"י צוות רב מקצועי ובגישה כוללת: ייעוץ רפואי לשם הערכת גורמי סיכון, הגבלת התכולה היומית הקלורית, טיפול התנהגותי ופעילות גופנית. המטרה היא להכניס לחיי המטופל הרגלי אכילה ופעילות גופנית נכונים. יש צורך במעקב רצוף והמשכי אחר התקדמות התוכנית, חיזוקים חיוביים למטופל והכשרה מתמדת לצוות המטפל.

המטופל מוזמן להשתתף בקבוצה טיפולית לצורך מעקב ארוך טווח. טיפול כזה יכול להביא לירידה של כחצי קילוגרם בשבוע ללא צורך בטיפול תרופתי נוסף. אולם על מנת לשמור על ההישג של הירידה במשקל המעקב חייב להיות מתמשך.

קביעה של יעדים ברי השגה, יעד הירידה במשקל וכן קצב הירידה במשקל חייבים להיות סבירים וברי השגה (12). כאשר נקבע היעד, הירידה במשקל צריכה להיות הדרגתית. לרוב השמנים יעד של כ-10% הוא סביר. הירידה הממוצעת במשקל צריכה להיות כחצי קילוגרם לשבוע. אם ישנו סיפור משפחתי של עודף משקל גם ירידה של 5% במשקל או אי עליה במשקל

לטווח ארוך תחשב כהצלחה. לא נכון להציב כמטרה משקל סופי תקין. קביעה כזו תביא לאכזבה ובמקרים לא מעטים אף לתגובה הפוכה של עליה במשקל.

קשר ומעקב קבוע, בכל תוכנית יש צורך במפגשים קבועים, בתחילה אחת לשבוע-שבועיים ובהמשך התדירות יכולה להיות אחת לחודש וזאת למשך שנה אחת לפחות. הפגישות כוללות רופא וכן את הצוות הרב-תחומי המטפל. הפגישות צריכות להיות יזומות על ידי אחות, רופא או חבר צוות אחר ומתוכננות מראש. בפגישות יש לדון בחינוך לתזונה נכונה, בסיבות לעלייה במשקל, שינוי באורחות החיים, נזקי המשקל העודף ועוד. יש חשיבות למפגש בקבוצה המאפשר החלפת חוויות ותמיכה הדדית ויש לעודד את המטופל להשתתף בהם.

דגש על שמירת המשקל החדש, לאחר השגת הירידה במשקל חשוב להמשיך במפגשים ולהדגיש את החשיבות של השמירה על המשקל החדש.

על המטופל להביע **הסכמה מדעת** להשתתף בתוכנית, יש להציג בפניו את סיכויי ההצלחה הידועים. ניתן להחתים את החולה על הסכמתו כחלק מהמחויבות שלו לטיפול.

תפקיד הרופא – רופא חייב תמיד ללוות כל תוכנית כזו.

חלקי הטיפול ההכרחיים

ייעוץ – לפני התחלת הטיפול יש להסביר לחולה מה הן הסיבות הרפואיות (מחלות הרקע) שבעטיין יש צורך בטיפול. בכך מושגת הסטה של העיקר מירידה במשקל אל השינוי באורח החיים לאורח חיים בריא יותר. זו ההזדמנות להדגיש שוב את שינוי אורח החיים ואת החשיבות של פעילות גופנית סדירה ומתונה להצלחת התוכנית.

הגבלת אנרגיה (קלוריות) – הברות (דיאטה) דורשת התאמה פרטנית ומוגדרת על ידי "היכולת לרדת במשקל ולשמור על המשקל החדש". ההגדרה צריכה להיות מקובלת על המטופל ועל המטפל כאחד.

דיאטה עם הגבלת אנרגיה בינונית היא הנפוצה והמומלצת.

למטופלים בריאים ללא מחלות רקע נוספות המרכיבים היומיים של הברות (דיאטה) מופחתת האנרגיה צריכים להיות בהתאם לחלוקה המקובלת בין אבות המזון. התוכנית חייבת להיות מציאותית ומעשית ולכלול בתוכה שינוי של הרגלי האכילה. יש להתחשב בהרגלי האכילה הקיימים, אורח החיים, המוצא, העדה, מחלות נלוות, תרופות נלוות שהמטופל נוטל באופן קבוע. יש לשלב שתייה מרובה נטולת ערך קלורי יחד עם הדיאטה (עד 12 כוסות ליום). יש להקפיד לבחון האם במקביל לשינוי בברות יש צורך גם בשינוי משטר התרופות (לדוגמה הפחתה של אינסולין). אם הברות נשמרת לאורך זמן יש לוודא כי היא מכסה את צרכי החולה בוויטמינים ומינרלים (13). יש צורך להשלים ויטמינים ומינרלים לתצרוכת היומית המומלצת (RDI) (14).

הרופא יתווה את סוג הברות (דיאטה) ומטרותיה. על המטופל לגלות מוטיבציה ולישם את התוכנית שהותוותה. הדיאטטיקן ימליץ ויתאם יחד עם המטופל את מרכיבי הברות. שיתוף פעולה ותקשורת טובה בין רופא המשפחה, הדיאטטיקן והמטופל הינו תנאי הכרחי על מנת לנהל את הטיפול באופן מיטבי.

שינוי באורחות החיים – שינוי בהרגלי האכילה, שינויים בהרגלי הפעילות הגופנית ושינוי בתגובה הנפשית לעודף המשקל הינם אבן היסוד בטיפול. התוכנית המומלצת כוללת:

- **ניטור עצמי** – ניהול יומן יומי של כלכלה כאמצעי עזר. יש לעבור על היומנים במהלך המפגשים ובכך לאתר נקודות תורפה. חשוב ללמד את המטופל להעריך נכון את גודל המנות שהוא אוכל.

- **שליטה על גורמים סביבתיים** – מאפשרת למטופל לאתר ולהתמודד עם סיכונים סביבתיים לתוכנית הדיאטה כמו לדוגמה: חגים, נסיעות, מסיבות, עייפות, השמטה של ארוחות. אחת הגישות היא חינוך לאכילה בזמנים קבועים ובמקומות קבועים, לא לאכול כאשר לא רעבים ולקחת אתך לכל מקום בגדי אימון גופני.

- **חינוך ל"מקרים ותגובות"** – מתן "פרסים" לשינויים כגון הגברת משך הזמן של הפעילות הגופנית היומית, או ירידה בכמות המזון השמן. כמו כן חיפוש דרכי התמודדות עם מצבי לחץ כמו למשל מדיטציה, טכניקות הרפיה ופעילות גופנית.

- **שינויים קוגניטיביים** – כמו למשל יצירת שינוי בגישה של המטופל למשקל שלו ולאכילה.

- **השתתפות בקבוצת תמיכה** – חשובה מאוד בהתמודדות עם חוסר הוודאות ועם הדימוי העצמי הנמוך. הקבוצה המומלצת היא 10-20 משתתפים וסגורה (אז ההתמדה של חברי הקבוצה גבוהה יותר). כמו כן יש לגייס לתהליך את בן/בת הזוג ובני משפחה אחרים (הורים, ילדים), המהווים נדבך חשוב הן בשינוי סביבת הברות (דיאטה) והן בתמיכה נפשית.

השינוי באורחות החיים חייב להיות הדרגתי ובתחילה להתמקד במצבים כמו דרכי ההתמודדות עם אכילה באירועים, אכילה בקצב איטי יותר ועוד.

פעילות גופנית – פעילות גופנית קבועה ובמידה בינונית מביאה כשלעצמה לירידה קלה במשקל ומפחיתה תחלואה ותמותה (16,15). זהו **מרכיב חיוני** בכל תוכנית לירידה במשקל. פעילות גופנית סדירה היא המנבא החשוב ביותר להצלחה בשמירה על המשקל החדש בטווח הארוך. הפעילות הגופנית יעילה במיוחד בגברים עם היקף מותניים רחב. בשילוב עם הגבלת הקלוריות לפעילות הגופנית היתרונות הבאים: העלאת ההוצאה הקלורית, הפחתה של אובדן מסת הגוף הרזה, ירידה בסיכון הקרדיווסקולרי – דרך השינוי ברופיל השומנים והפחתת התנגודת לאינסולין. ישנו שינוי פסיכולוגי חיובי, הכולל שיפור במצב הרוח, התמודדות טובה יותר עם לחצים והרגשה כללית טובה יותר. השיפורים המטבוליים מושגים גם ללא הגעה למשקל הגוף האידיאלי.

המטרה היא להגיע לפעילות גופנית בינונית במשך שלושים דקות ויותר ברוב ימי השבוע. אך, כל עליה ברמת הפעילות הגופנית מועילה. במטופלים שאינם עוסקים כלל בפעילות גופנית עדיף להציב יעדי ביניים כמו: פעילות גופנית בינונית במשך 30 דקות 3 פעמים בשבוע. הפעילויות הגופניות השכיחות הן: הליכה, שחיה ורכיבה על אופניים. יש לכן לתת דגש להתמדה ולנוחות בפעילות הנבחרת, וכן בהכנסת מרכיב הפעילות הגופנית לאורחות החיים הקבועות של המטופל. יש לעודד את הפעילות הגופנית בכל מפגש. במידה והמטופל לא יכול לבצע פעילות גופנית רציפה של יותר מעשר דקות יש להמליץ על פעילות ומנוחה לסירוגין. המלץ על חיפוש הזדמנויות

במסגרת פעילות יומית רגילה להעלאת רמת הפעילות הגופנית כמו למשל שימוש במדרגות במקום במעלית, חנייה מרוחקת יותר.

יהיו כמובן חולים שעקב מגבלות או מחלות רקע לא יוכלו לבצע פעילות אלא לאחר התאמה דקדקנית ומקצועית. שיתוף מאמן כושר גופני להתאמה אישית של פעילות גופנית מומלצת (בעיקר כחלק מצוות רב מקצועי), ועשויה להעלות את רמת הפעילות הגופנית של הפרט.

שמירה על המשקל החדש לאורך זמן – שמירה על המשקל החדש היא משימה קשה יותר מהירידה במשקל בייחוד כאשר הירידה במשקל הושגה בעיקר אודות להגבלה באנרגיה. יש צורך במחויבות לשינוי אורחות חיים מתמשך, שינוי בתגובות ההתנהגותיות ובהרגלי האכילה. התוכנית למעשה היא תוכנית לכל החיים.

יש לאמץ את **עשרת** העקרונות הבאים:

1. גישה וטיפול רב תחומית – כולל רופא, איש בריאות הנפש, דיאטנית וכן מאמני כושר גופני.
2. לעודד לבקרה עצמית של הרגלי האכילה, מאזן האנרגיה והפעילות הגופנית.
3. לעודד פעילות גופנית כחלק הכרחי מהרגלי החיים. ההשתתפות וההתמדה בפעילות הגופנית הם המנבאים הטובים ביותר לשמירה על המשקל החדש.
4. ללמד את עקרונות התזונה הנכונה והמגוונת – כמו למשל קניה רק של מזונות עם ערך קלורי נמוך, תכנון נכון של ארוחות לתכולת אנרגיה נמוכה.
5. מומלץ לקבע מטרות חיוביות וברורות השגה ועידוד חשיבה חיובית של המטופל.
6. להגביר את המוטיבציה על ידי שימוש ביומני אכילה המחזקים שינויים חיוביים באורח החיים אצל המתמידים ורישום ומעקב לאורך זמן של המשקל.
7. לחנך להימנעות מ"מעידות" ולנצל את ה"מעידה" כמו באירוע חברתי באופן חיובי לעתיד.
8. לעודד את המטופל לדברים חיוביים כגון תחביבים, פעילות התנדבותית, מודעות עצמית גבוהה ועוד.
9. הדגש את התועלת הרפואית של הירידה במשקל והשמירה על המשקל החדש.
10. השתתפות בקבוצת תמיכה סגורה ובהדרכה חיזונית.

הטיפול התרופתי בהשמנת יתר

השימוש בתרופות מומלץ אך ורק בתרופות המאושרות על ידי משרד הבריאות למטרת הפחתת משקל ובמבוגרים מעל גיל 18.

בניתוח מטה-אנליטי של מחקרים קליניים אקראיים כפולי סמיות, לאורך ארבעה עשורים (17), הגיעו החוקרים למסקנות הבאות:

1. טיפול תרופתי להשמנת יתר עשוי לעזור לירידה במשקל תוך שילובו עם גישות התנהגותיות נכונות וכחלק מטיפול כוללני המתחשב באורחות חיי המטופל.
 2. אין תרופה, או קבוצת תרופות שהראו עדיפות ברורה.
 3. הארכת זמן הטיפול התרופתי מעבר ל-6 חודשים, לא גרמה לירידה נוספת במשקל, אך עשויה לשמור על המשקל החדש שהושג.
 4. הירידה הכוללת במשקל עם הטיפול התרופתי נעה בין 2-4 ק"ג כממוצע, לעומת אינבו.
 5. הטיפול התרופתי להשמנת יתר, עשוי לעזור בשמירת המשקל הרצוי לאורך זמן.
- התרופות הניתנות לטיפול בהשמנת יתר, מאושרות למטופלים בעלי BMI מעל 30, או BMI מעל 27 ושני גורמי סיכון ומעלה לתחלואה הנובעת מהשמנה. (18) התרופות נחלקות ל-2 קטגוריות עיקריות:

1) תרופות המקטינות את ספיגת השומנים במעי במנגנון מקומי

התכשיר שאושר עד כה לשימוש בארץ מקבוצה זו הינו (XENICAL) (ORLISTAT).

התרופה מעכבת תחרותית של האנזים ליפזה בחלל הקיבה, ומונעת ע"י כך את פירוק הטריגליצרידים לחומצות שומן חופשיות + מונוגליצרידים. מניעת ספיגת השומנים במעי מאפשרת הקטנת צריכת הקלוריות ממקור שומנים וירידה במשקל. אופן הלקיחה: 120 מ"ג שלוש פעמים ביממה עם ארוחות שומניות. במידה והתרופה ניטלת לטווח ארוך, יש להוסיף לתפריט היומי תכשיר של מולטי-ויטמין בהפרש של לפחות שעתיים מלקיחת הקסניקל (התרופה מונעת ספיגת ויטמינים מסיסי שומן במעי).

תופעות לוואי אפשריות: ריבוי גזים, תכיפות במתן צואה, שלשולים, צואה שומנית עם טיפות שמן, איבוד צואה. התופעות קטנות במשך הטיפול ומחמירות אם הדיאטה עשירה מאוד בשומנים.

התוויות נגד: תסמונת תת ספיגה כרונית – CHOLESTASIS.

התרופה אושרה למתן למשך תקופה של עד שנתיים. הטיפול עשוי להצליח יחד עם פעולות לשנינוי אורחות החיים הכוללות דיאטה מתאימה, פעילות גופנית ומעקב הדוק.

יש להפסיק את מתן התרופה כאשר מתרחשות תופעות לוואי בלתי נסבלות או אם אין תגובה לטיפול.

(2) תרופות המדכאות תיאבון ומגבירות תחושת שובע במנגנון מרכזי

רוב התרופות המדכאות תיאבון פועלות בציר הניורטרנסמיטורים המוחיים ומגדילות זמינותם בחלל הסינפסה – בעיקר נוראפינפרין, סרוטונין, דופמין ושילוב ביניהם.

התכשיר המאושר לשימוש בארץ מקבוצה זו הוא SIBUTRAMINE (REDUCTIL).

התרופה מעכבת תחרותית את הקולטנים הסרוטונינרגים ונוראפינפריניים בסינפסות המוחיות ומונעת ספיגה חזרה של סרוטונין ואפינפרין. כמו כן התרופה מעכבת תחרותית חלשה של ספיגת דופמין.

אופן הלקיחה: 10-15 מ"ג אחת ליום.

תופעות לוואי אפשריות: עלייה בלחץ דם ודופק, יובש הפה, כאבי ראש, הפרעות שינה, עצירות.

אזהרות והתוויות נגד: יתר-לחץ-דם לא מאוזן, אי ספיקת כליות קשה, אי ספיקת כבד, גלאוקומה מזווית צרה, מחלת לב איסכמית, אי ספיקת לב, הפרעות קצב, אירוע מוחי, אנורקסיה נרוזה וחולים הנוטלים MAO INHIBITORS.

התרופה אושרה למתן למשך תקופה של עד שנה.

יש להפסיק את מתן התרופה כאשר: מתרחשות תופעות לוואי בלתי נסבלות, מופיעה עליה בלחץ הדם, או באם אין תגובה לטיפול.

הטיפול הניתוחי (19)

מטופלים יופנו לניתוח בהתאם לעקרונות הבאים:

1. טיפול אינטנסיבי לא ניתוחי, כולל יעוץ דיאטטי, ינוסה בתחילה.
 2. בחירה של מטופלים בעלי מוטיבציה מיוזעים היטב ובעלי סיכון ניתוחי סביר.
 3. קיום BMI מעל 40 או מעל 35 עם 2 גורמי סיכון נוספים.
 4. הערכת צוות רב מקצועי (כולל יעוץ פסיכיאטרי) להערכת מוכנות המטופל לניתוח.
- גם ירידה של 5%-10% במשקל הינה משמעותית בשיפור המצב המטאבולי, ויתכן ותאפשר הפחתת הטיפול התרופתי במחלות הנלוות להשמנה.**

יתרונות של ירידה בת 10 ק"ג במשקל (3):

א. תמותה:

1. ירידה של 20% בתמותה כללית
2. ירידה של 30% בתמותה הקשורה לסוכרת
3. ירידה של 40% בתמותה מסרטן שנקשר להשמנת יתר

ב. לחץ דם:

1. ירידה של 10 מ"מ כספית בלחץ הדם הסיסטולי
2. ירידה של 20 מ"מ כספית בלחץ הדם הדיאסטולי

ג. סוכרת:

1. ירידה של 50% בערכי הגלוקוז בצום

ד. שומני הדם:

1. ירידה של 10% בסך הכולסטרול
2. ירידה של 15% ב-LDL
3. ירידה של 30% בטריגליצרידים
4. עלייה של 8% ב-HDL

ה. כללי:

משפרת כאבי גב ופרקים, מפחיתה קוצר נשימה ומורידה שכיחות דום נשימה בשינה.

לסיכום

1. השמנת יתר מהווה בעיה בריאותית משמעותית ושכיחותה בעולם כולו עולה.
2. הטיפול בהשמנה מבוסס על שינוי באורח החיים, ועידוד השינוי מומלץ לכל המטופלים.
3. הטיפול ניתן באופן מיטבי ע"י צוות רב מקצועי ובגישה כוללנית: ייעוץ רפואי לשם הערכת גורמי סיכון, הגבלת התכולה היומית הקלורית, טיפול התנהגותי והגברת פעילות גופנית.
4. טיפול תרופתי להשמנת יתר עשוי לעזור לירידה במשקל תוך שילובו עם גישות התנהגותיות נכונות וכחלק מטיפול כוללני.
5. במטופלים בעלי מוטיבציה, ירידה מתונה והדרגתית של 5%-10% במשקל משמעותית לשיפור המצב המטאבולי, ויתכן ותאפשר הפחתת הטיפול התרופתי במחלות הנלוות להשמנה.
6. הטיפול הניתוחי יעיל, אך צריך להיות מוגבל למטופלים עם השמנת יתר חולנית.

תפוגה: קווים מנחים אלה נכונים לאוקטובר 2002. יש לבדוק המלצות אלה בעוד 18 חודש.

נספח הערכה רפואית של המטופל עם השמנת יתר

ההערכה הרפואית הסגולית לייעוץ במטופל עם השמנת יתר הינה **בנוסף** להערכה רפואית מלאה של מצבו וכדאי שתכלול:

- 1) מדידת משקל – בבגדים בלבד (ללא מעילים וללא נעליים) _____ ק"ג.
- 2) מדידת גובה – ללא נעליים _____ ס"מ.
- 3) מדידת הקף המותניים – נעשית בעמידה, באמצע בין הצלע התחתונה בכלוב הצלעות לבין ה-ILIAC CREST (ולא בטבור או במקסימום היקף הבטן) _____ ס"מ.
- 4) BMI _____ .
- 5) משקל גבוה ביותר ב-10 שנים אחרונות _____ ק"ג.
- 6) משקל נמוך ביותר ב-10 שנים אחרונות _____ ק"ג.
- 7) לחץ דם: להשתמש בשרוולית רחבה המתאימה ללוקים בעודף משקל _____ מ"מ כספית.
- 8) הרגלי חיים: פעילות גופנית, הרגלי אכילה, איזה דיאטות עבר והסיבות לשלון, מצב תעסוקה ועישון.
- 9) תרופות העלולות להשפיע על עלייה במשקל כמו: טריציקליים, אנטיפסיכוטיים, אנטיהיסטמינים סולפניל אוריאה, אינסולין וסטרואידים.
- 10) סיפור משפחתי: מחלות לב, סוכרת, יתר לחץ דם, השמנת יתר, שבץ מוחי, דום נשימה בשינה, ממאירות.
- 11) מחלות רקע: מחלות לב, סוכרת, יתר לחץ דם, שבץ מוחי, דום נשימה בשינה, ממאירות והפרעה בסבילות לגלוקוז.
- 12) מעבדה: סוכר בצום, פרופיל ליפידים, תפקודי בלוטת התריס, חומצה אורית ותפקודי כבד.
- 13) קבע את **מוכנות** המטופל לשינוי בהרגלי חייו:

א. לא מוכן כלל

ב. חושב על כך

ג. מתכוון לשנות

ד. עושה את השינוי

ה. שומר על השינוי

- 14) קבע עם המטופל מטרה ראשונית ריאלית ומתונה לירידה במשקל.
- 15) קבע עם המטופל את אפשרויות הטיפול.
- 16) קבע עם המטופל ביקורים חוזרים מתוכננים מראש למעקב ותמיכה. לראשונה כל שבועיים בחודש הראשון ואחר כך אחת לחודש בשלושה חודשים הבאים.

References

1. National Heart, Lung, and Blood Institute/National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. Bethesda: National Institutes of Health, 1998: 1-228.
2. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology. AACE/ACE position statement on the prevention, diagnosis and treatment of obesity (1998 revision). *Endocr Pract* 1998;4:299-350. Retrieved September 2000 from American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology.
3. Sign-Integrating Prevention and Management of overweight and obesity. A quick reference guide. Derived from the National Clinical Guideline recommended for the use in Scotland. Reviewed in 1998.
4. World Health Organization. Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of the WHO Consultation of Obesity. Geneva: World Health Organization; June 1997.
5. The first national health and nutrition survey (Mabat), Feb.1999- Feb 2001. Israel Center of Disease Control and department of nutrition , public health services, Ministry of health Israel.
6. World Health Organization. Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of the WHO Consultation of Obesity. Geneva: World Health Organisation; June 1997.
7. Flegal KM, Troiano RP. Changes in the distribution of body mass index of adults and children in the US population. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000; 24(7): 807-18
8. Silagy CA, Weller DP, Lapsley H, Middleton P.: The effectiveness of local adaptation of nationally produced clinical practice guidelines. *Fam Pract* 2002; 19: 223-230.
9. Pouliot MC, Després JP, Lemieux S, Moorjani S, Bouchard C, Tremblay A, et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol* 1994; 73: 460-468.
10. Wolf C, Tanner M. Obesity. *West J Med* 2002 Jan; 176(1): 23-8
11. Teachman BA, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25(10): 1525-31.
12. Foster GD, Wadden TA, Phelan S, Sarwer DB, Sanderson RS. Obese patients' perceptions of treatment outcomes and the factors that influence them. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2133-9
13. Fairfield KM, Feltcher RH. Vitamins for chronic prevention in adults: scientific review. *JAMA* 2002; 287: 3316-26.

14. National Research Council. Recommended dietary allowances. Subcommittee on the Tenth Edition of the RDAs, Food Nutrition Board, Commission on Life Sciences. 10th ed. Washington, D.C.: National Academy Press, 1989: 32
15. Balady GJ. Survival of the fittest-more evidence. N Engl J Med 2002; 346: 852-54.
16. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. Diabetes Prevention Program Research Group. N Eng J Med 2002; 346: 393-403
17. Haddock CK, Poston WS, Dill PL, Foreyt JP, Ericsson M. Pharmacotherapy for obesity: a quantitative analysis of four decades of published randomized clinical trials; Int J Obesity 2002; 26: 262-273.
18. Yanovski S, Yanovsky JA; Obesity; N Engl J Med; Vol. 346, No.8; February 21, 2002.
19. Greenway FL. Surgery for obesity. Endocrinol Metab Clin North Am 1996; 25: 1005-1027.