

Виклики та прогалини в роботі сімейних лікарів у лікуванні ожиріння: аналіз потреб і можливостей вдосконалення

Д. О. Лагода, В. І. Величко

Одеський національний медичний університет

Поширеність ожиріння зростає в усьому світі та становить одну з основних глобальних проблем охорони здоров'я. Більшість людей з ожирінням першочергово звертаються до лікарів первинної медичної допомоги. Проте встановлення діагнозу та ведення таких пацієнтів часто покладається на інших фахівців галузі охорони здоров'я – лікарів-ендокринологів, дієтологів, гастроентерологів тощо. Через дефіцит, а часто й недоступність високоспеціалізованої медичної допомоги, більшість пацієнтів з ожирінням не мають встановленого діагнозу та не отримують раціональної терапії. Попри зростання поширеності ожиріння та його зв'язок з іншими супутніми захворюваннями, частка лікарів, які діагностують і лікують ожиріння, залишається низькою.

Мета дослідження: визначення викликів та прогалин у роботі сімейних лікарів у лікуванні ожиріння, аналіз потреб і можливостей вдосконалення.

Матеріали та методи. У межах дослідження було розроблено та впроваджено анонімний онлайн-опитувальник, орієнтований на лікарів первинної ланки медичної допомоги.

Результати. На момент оформлення публікації запропонований опитувальник пройшли 130 лікарів. Аналіз отриманих результатів свідчить, що більшість опитаних лікарів мали відносно невеликий професійний стаж роботи – до 5 років. Водночас 28,2% респондентів мали значний стаж роботи, що перевищує 20 років, а 18,3% учасників опитування мали досвід роботи в межах 10–20 років. Зі 130 опитаних лікарів (станом на початок грудня 2024 року) 99 працювали лікарями загальної практики – сімейної медицини (76,15%). Також опитувальник пройшли 20 лікарів-терапевтів (15,38%), які ведуть амбулаторний прийом, та поодинокі лікарі акушери-гінекологи, гастроентеролог та ендокринолог. 21,1% лікарів повідомили про відсутність ваг в їхніх кабінетах, а близько 20% – про відсутність ростоміра. Ці показники свідчать про суттєвий дефіцит базового обладнання, необхідного для якісного скринінгу, моніторингу та ведення пацієнтів із надлишковою масою тіла (НадМТ) й ожирінням.

Висновки. Лише 25% лікарів дотримуються сучасних українських і міжнародних рекомендацій щодо скринінгу та діагностики ожиріння й НадМТ. Майже третина лікарів інформують пацієнтів про наявність діагнозу НадМТ або ожиріння. Проте існування бар'єрів у комунікації, зокрема побоювання негативної реакції пацієнта або нестача часу, обумовлює необхідність впровадження навчальних програм із розвитку комунікативних навичок лікарів. Наведені результати є проміжними, оскільки дослідження триває. З повними результатами обов'язково ознайомимо медичний загал України.

Ключові слова: ожиріння, надлишкова маса тіла, стигматизація, скринінг, первинна медична допомога, лікар.

Challenges and gaps in the work of family physicians in the treatment of obesity: an analysis of needs and opportunities for improvement

D. O. Lahoda, V. I. Velychko

The prevalence of obesity is increasing worldwide, and it is one of the major global health problems. Most of the people with obesity first of all visit a primary care physician. However, the diagnosis and management of such patients is often entrusted to other healthcare professionals, such as endocrinologists, nutritionists, gastroenterologists, etc. Due to the shortage and often inaccessibility of highly specialised medical care, most obese patients do not have a diagnosis and do not receive rational treatment for their disease. Despite the growing prevalence of obesity and its association with other comorbidities, the percentage of doctors diagnosing and treating obesity is low.

The objective: to identify challenges and gaps in the work of family physicians in the treatment of obesity, to analyze the needs and opportunities for improvement.

Materials and methods. As part of our study, we developed and implemented an anonymous online questionnaire targeting primary care physicians.

Results. At the time of publication, 130 doctors had completed the questionnaire. The analysis of the results shows that most of the surveyed doctors had relatively short professional experience – up to 5 years. At the same time, 28.2% of the respondents had a significant work experience of more than 20 years, and 18.3% of the survey participants had work experience in the range of 10–20 years. Of the 130 doctors surveyed, as of the beginning of December 2024, 99 physicians worked as general practitioners (76.15%). Also, 20 general practitioners (15.38%) who provide outpatient care, and a few obstetrician-gynaecologists, gastroenterologist and endocrinologist completed our questionnaire. 21.1% of doctors reported that there were no scales in their offices, and about 20% said they did not have a height meter. These figures indicate a significant shortage of basic equipment necessary for quality screening, monitoring and management of overweight (OW) and obese patients.

Conclusions. Only 25% of doctors follow current Ukrainian and international recommendations for screening and diagnosing obesity and OW. Almost a third of doctors inform patients about their diagnosis of OW or obesity. However, barriers to communication, such as fear of a negative patient reaction or lack of time, require the implementation of training programmes to develop doctors' communication skills. Currently, the data presented are interim, our research is still ongoing, and we will definitely share the results with the medical community in Ukraine.

Keywords: *obesity, overweight, stigma, screening, primary health care, doctor.*

Поширеність ожиріння зростає в усьому світі, і це є однією з головних глобальних проблем охорони здоров'я [1]. За даними національного дослідження STEPS, станом на 2019 рік в Україні 24,8% населення мають ожиріння та близько 50% – надлишкову масу тіла (НадМТ) [2]. Тобто, майже $\frac{3}{4}$ дорослого населення мають ожиріння або НадМТ, що призводить до значного економічного тягаря для країни та зниження якості й тривалості життя людини [2, 3].

Загальновідомо, що індекс маси тіла (ІМТ) використовується для визначення НадМТ або ожиріння у дорослих. Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, доросла людина з ІМТ 25–29,99 кг/м² класифікується як така, що має НадМТ; ІМТ 30–39,99 кг/м² – ожиріння I та II ступеня, а ІМТ > 40 кг/м² – ожиріння III ступеня. Окремо в бариатричній хірургії виокремлюють такі поняття, як «супер ожиріння» та «супер-супер ожиріння» [4].

Ожиріння є хронічним захворюванням і фактором ризику розвитку серйозних супутніх захворювань, зокрема цукрового діабету 2-го типу, артеріальної гіпертензії, обструктивного апное сну, серцево-судинних захворювань, захворювань печінки, дисліпидемії, болю в суглобах, деяких видів онкологічних захворювань, депресії, безпліддя тощо [5–11]. Ожиріння значною мірою пов'язане з підвищеною смертністю, нижчою якістю життя, соціальною стигматизацією, дискримінацією [11–13], а також зі зростанням витрат для суспільства та системи охорони здоров'я [9].

Існує низка втручань, які можуть бути рекомендовані особам з ожирінням, наприклад, зміна способу життя (дієта, фізична активність, поведінкова терапія тощо), фармакологічне лікування та бариатрична хірургія.

Більшість людей з ожирінням насамперед звертаються до лікаря первинної медичної допомоги. Однак встановлення діагнозу та ведення таких пацієнтів часто покладаються на інших фахівців галузі охорони здоров'я, зокрема лікарів-ендокринологів, дієтологів, гастроентерологів тощо. Через дефіцит і часту недоступність високоспеціалізованої медичної допомоги, більшість пацієнтів з ожирінням не мають встановленого діагнозу та не отримують раціональної терапії захворювання [14, 15].

Попри те що ожиріння є захворюванням, воно не завжди лікується належним чином. Це пов'язано з розбіжностями у сприйнятті та ставленні до ожиріння як потенційної перешкоди для лікування [16]. Однією з причин може бути недостатній рівень знань [17] і підготовки лікарів первинної ланки й інших медичних працівників щодо консультування стосовно зміни способу життя та фармакологічної терапії.

У дослідженні, проведеному в США, лікарі визнали обмеженість своїх знань про варіанти лікування ожиріння [18]. В іншому дослідженні було встановлено, що наявність у лікарів первинної ланки знань про ожиріння

позитивно корелює з їхнім ставленням до цього захворювання і готовністю направляти пацієнтів на бариатричну хірургію [19]. Хоча наразі спостерігається зростання обізнаності щодо патофізіологічної основи ожиріння, зокрема спадкових факторів, сильна стигматизація та негативне ставлення до людей з ожирінням досі наявні навіть серед постачальників медичних послуг [20]. Це може перешкоджати вибору ефективних втручань, заснованих на доказах. Низький пріоритет і відсутність подальшого спостереження також є додатковими бар'єрами для ефективного лікування ожиріння [16].

Попри значну поширеність ожиріння та його зв'язок з іншими супутніми захворюваннями, відсоток лікарів, які діагностують та лікують ожиріння, залишається низьким. У перехресному аналізі 696 мільйонів амбулаторних відвідувань у США 70% пацієнтів з ожирінням не мали встановленого відповідного діагнозу, а 63% не отримали жодних консультацій щодо зміни способу життя або зниження маси тіла (МТ) [21]. В іншому перехресному дослідженні Bleich et al. встановили, що лише 28,9% дорослих з ожирінням отримали діагноз ожиріння, і лише 17,6% – рекомендації щодо зниження МТ саме на первинній ланці [22].

Основною метою дослідження було визначення викликів та прогалин у роботі сімейних лікарів у лікуванні ожиріння, аналіз потреб і можливостей вдосконалення. У цій публікації продемонстровано частину зібраних даних. Дослідження триває, і заплановано залучити більшу кількість сімейних лікарів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У межах дослідження було розроблено та впроваджено анонімний онлайн-опитувальник, орієнтований на лікарів первинної ланки медичної допомоги. Перед початком збору даних респондентам надавалася коротка інформативна вступна інформація, яка містила опис умов участі й основної мети дослідження. Участь у дослідженні була абсолютно добровільною, відповіді збиралися в анонімному форматі, що унеможливило ідентифікацію конкретних респондентів або їхніх відповідей. Крім того, потенційні учасники були чітко поінформовані про своє право відмовитися від подальшої участі на будь-якому етапі дослідження без жодних негативних наслідків. Факт заповнення опитувальника розглядався як автоматична згода респондента на участь у дослідженні, що відповідає етичним стандартам проведення наукових досліджень. Запропонований підхід забезпечив добровільність участі, захист конфіденційності даних і відповідність сучасним етичним вимогам у науковій практиці.

Опитувальник складався з трьох частин:

1. Загальна частина (стаж роботи, спеціальність тощо).
2. Питання щодо цукрового діабету як коморбідного захворювання у пацієнтів з ожирінням.

- Пункти про ставлення та обізнаність щодо ожиріння, впевненість у лікуванні, дотримання рекомендацій щодо лікування ожиріння, перешкоди для оптимального догляду та демографічні дані респондентів.

Опитування проводилося на платформі Google, доступ до отриманих даних мав лише автор опитувальника.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На момент оформлення публікації запропонований опитувальник пройшли 130 лікарів. Розподіл респондентів за стажем роботи продемонстровано на рис. 1.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що 35,2% лікарів мали відносно невеликий професійний стаж – до 5 років. Водночас 28,2% респондентів мали значний стаж роботи, що перевищує 20 років, а 18,3% – досвід роботи в межах 11–20 років. Крім того, до вибірки увійшли студенти-медики та лікарі-інтерни, що розширило спектр досліджуваних респондентів.

Ці дані є особливо цінними для аналізу з огляду на різноманітність вікових категорій та культурно-професійне середовище, в якому перебувають лікарі на різних етапах кар'єрного розвитку. Врахування таких факторів є ключовим для вивчення впливу вікових і професійних особливостей на професійну діяльність лікарів і сприйняття досліджуваних питань.

Для забезпечення репрезентативності вибірки була поставлена мета залучити лікарів різного віку та з різноманітним стажем роботи. Це дозволило отримати більш об'єктивні результати й сприяло формуванню широкої картини, що відображає реальну ситуацію у професійному середовищі лікарів первинної ланки.

Станом на початок грудня 2024 року зі 130 опитаних 99 (76,15%) працювали лікарями загальної практики – сімейної медицини, 20 (15,38%) – терапевтами, які ведуть амбулаторний прийом, а також в опитуванні брали участь лікарі акушери-гінекологи, гастроентеролог та ендокринолог. Таким чином, більшість з опитаних лікарів (119 зі 130) є надавачами первинної медичної допомоги – лікарями першого контакту. Саме на цю категорію фахівців спрямоване дослідження, адже чим раніше буде встановлено діагноз ожиріння або НадМТ, тим швидше пацієнт отримає лікування. Саме лікарі первинної ланки мають унікальну можливість розробити довгостроковий план лікування та допомагати пацієнтові підтримувати мотивацію до змін способу життя.

Сучасна медична спільнота має можливість використовувати різноманітні рекомендації, клінічні настанови та гайдлайни, розроблені міжнародними й національними організаціями. Наявність офіційних регламентуючих документів на національному рівні значно полегшує роботу лікарів, оскільки вони адаптовані до локальних умов системи охорони здоров'я, особливостей пацієнтів і ресурсної бази країни.

В Україні затверджено низку клінічних настанов та стандартів, що регулюють ведення пацієнтів з ожирінням і НадМТ. Ці документи є важливим інструментом у практиці лікарів первинної ланки й спеціалізованих фахівців, оскільки забезпечують структурований, на-

уково обґрунтований підхід до діагностики, лікування та профілактики таких станів.

У межах дослідження особливу увагу було приділено вивченню обізнаності лікарів щодо існування та використання українських настанов і стандартів [4, 23]. З'ясовувалася доступність цих документів для практикуючих фахівців, чи активно вони використовуються в повсякденній клінічній практиці, а також які можливі бар'єри перешкоджають їхньому впровадженню у медичну діяльність (рис. 2).

Згідно з даними, наведеними на рис. 2, 28,2% лікарів виявили недостатню обізнаність щодо наявності національних протоколів і клінічних настанов, а 5,6% вважають, що таких документів в Україні не існує. Це викликає занепокоєння, оскільки відсутність знань про ці документи унеможлиблює розуміння, якими саме рекомендаціями керуються ці фахівці під час скринінгу, діагностики й лікування своїх пацієнтів. Наявність прогалин у використанні стандартизованих підходів може призводити до варіативності в медичній практиці, знижуючи її ефективність та якість надання медичної допомоги.

Така ситуація вказує на нагальну потребу у всебічній та систематичній роботі над впровадженням клінічних настанов і протоколів у щоденну рутинну практику лікарів усіх спеціальностей. Це включає підвищення рівня поінформованості медичних працівників, організацію навчальних заходів, інтеграцію відповідних рекомендацій у програми професійного розвитку та моніторинг їхнього застосування.

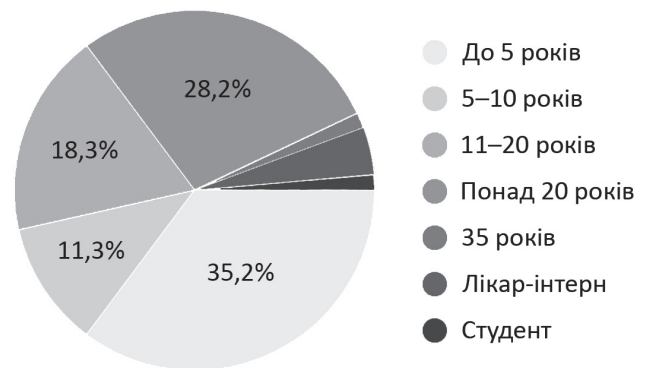


Рис. 1. Стаж роботи опитаних лікарів

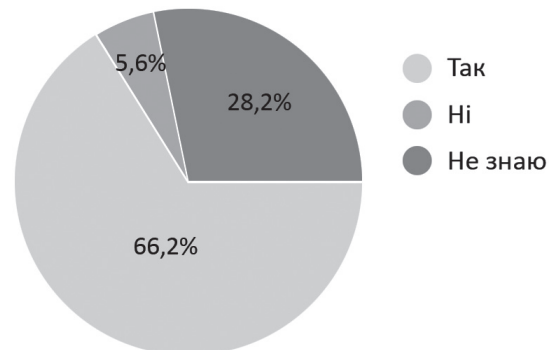


Рис. 2. Чи знаєте Ви про існування українських рекомендацій (протоколи, настанови, стандарти) щодо ведення пацієнтів з ожирінням?

Проблема імплементації клінічних настанов на сьогодні в Україні залишається актуальною і системною. Її ігнорування може мати негативні наслідки як для пацієнтів, так і для системи охорони здоров'я в цілому. Тому важливо розробити стратегічний підхід для посилення використання доказових рекомендацій у клінічній практиці, що сприятиме підвищенню якості, ефективності та уніфікації медичної допомоги на національному рівні.

Як зазначалося раніше, останні епідеміологічні дослідження, спрямовані на вивчення поширеності ожиріння в Україні, проведені у 2019 році. Однак із того часу зміни у способі життя, соціально-економічні фактори та інші чинники могли суттєво вплинути на динаміку цього показника. З огляду на це, проведення нового епідеміологічного дослідження є надзвичайно важливим для отримання актуальних даних щодо поширеності ожиріння серед населення країни.

Через обмеженість ресурсів наразі неможливо реалізувати повноцінне дослідження в цьому напрямку. З огляду на такі обставини, у межах опитування було вирішено звернутися до лікарів, які практикують, з питанням про їхній клінічний досвід: як часто пацієнти з ожирінням звертаються до них. Відповіді респондентів дозволяють отримати попередні орієнтовні дані про частоту виявлення випадків ожиріння у рутинній медичній практиці лікарів первинної та спеціалізованої ланки.

Хоча такий підхід і не може замінити масштабні епідеміологічні дослідження, проте надає цінну інформацію про поширеність проблеми з погляду медичних працівників. Дані, отримані в результаті опитування, можуть стати основою для подальших досліджень, планування заходів із профілактики та лікування ожиріння, а також привернення уваги до необхідності системного моніторингу цього питання в Україні (рис. 3).

Наступний блок опитування спрямований на вивчення клінічного досвіду лікарів і частоти взаємодії з пацієнтами з ожирінням. Отримані дані підтвердили, що лікарі первинної ланки щоденно та рутинно працюють із цією категорією пацієнтів, що свідчить про актуальність проблеми для системи охорони здоров'я на рівні амбулаторної медичної допомоги.

У межах дослідження також сформульовано низку питань, які дозволили оцінити практичні аспекти діагностики ожиріння, обізнаність лікарів щодо наявних клінічних протоколів та їхнє розуміння етіології, ускладнень і підходів до лікування цього захворювання. Аналіз отриманих відповідей дозволив визначити основні тенденції та прогалини у знаннях і практичній діяльності лікарів первинної ланки в контексті боротьби з ожирінням.

Результати, наведені в подальших розділах, дають можливість не лише окреслити поточний стан надання медичної допомоги пацієнтам з ожирінням, але й сформулювати рекомендації для покращення ситуації. Зокрема, вони підкреслюють необхідність посилення навчальних заходів, спрямованих на підвищення рівня обізнаності лікарів, удосконалення діагностичних навичок і впровадження сучасних доказових підходів до лікування ожиріння в повсякденній клінічній практиці (рис. 4).

Сучасні клінічні рекомендації щодо ведення пацієнтів з ожирінням наголошують на необхідності дотримання етичного підходу під час вимірювань антропометричних показників, зокрема МТ та зросту. Ці процедури мають здійснюватися в умовах, що забезпечують приватність

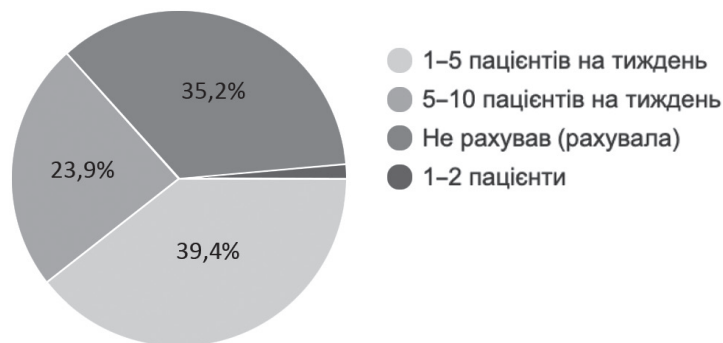


Рис. 3. Як часто до Вас звертаються пацієнти з ожирінням?

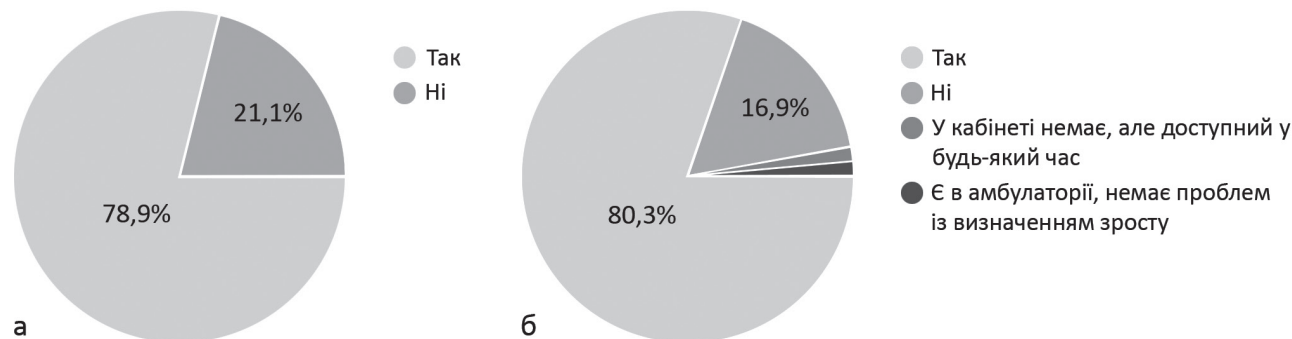


Рис. 4. Чи є у Вашому кабінеті ваги (а) / ростомір (б)?

і комфорт пацієнта, щоб уникнути будь-якої форми його стигматизації. Це є ключовим фактором для підтримання довіри між лікарем і пацієнтом та забезпечення психологічного комфорту останнього.

Ваги та ростомір безпосередньо в кабінеті лікаря первинної медичної допомоги є обов'язковою умовою для проведення цих рутинних вимірювань. Переміщення пацієнта до іншого приміщення чи потреба користуватися обладнанням за межами кабінету може спричинити у пацієнта відчуття, що обстеження є виключно персоналізованим або зумовленим його зовнішнім виглядом, що, своєю чергою, може викликати неприємні емоції та знизити прихильність до лікування. Таким чином, відповідне оснащення кабінету дозволяє зробити вимірювання рутинною, непомітною та невіддільною частиною відвідувань.

Як свідчать результати опитування, зазначені на рис. 4, проблема оснащення кабінетів первинної медичної допомоги є досить актуальною. Зокрема, 21,1% лікарів повідомили про відсутність приладів для зважування в їхніх кабінетах, а близько 20% – про відсутність ростоміра. Ці показники вказують на суттєвий дефіцит базового обладнання, необхідного для якісного скринінгу, моніторингу та ведення пацієнтів із НадМТ й ожирінням.

Для подолання цієї проблеми необхідно впроваджувати системний підхід до оснащення закладів первинної медичної допомоги відповідно до сучасних стандартів. Забезпечення всіх кабінетів необхідним обладнанням сприятиме не лише підвищенню якості медичного обслуговування, а й створенню комфортного середовища для пацієнтів, що є важливим компонентом профілактики та лікування ожиріння.

Відповіді на наступне питання демонструють необхідність покращення навичок лікарів щодо скринінгу та діагностики ожиріння як захворювання, а не характеристики зовнішнього вигляду людини (рис. 5).

Аналіз даних, наведених на рис. 5, демонструє, що лише 25% лікарів дотримуються сучасних українських і міжнародних рекомендацій щодо скринінгу й діагностики ожиріння та НадМТ. Ці рекомендації наголошують на необхідності регулярного вимірювання антропометричних показників (зокрема, МТ та зросту) під час кожного візиту пацієнта – незалежно від його зовнішнього вигляду чи наявності інших суб'єктивних факторів.

Покладатися виключно на зовнішні ознаки пацієнта для оцінки його стану є хибним підходом, оскільки ожиріння та НадМТ часто мають прихований характер і не завжди можуть бути очевидними для лікаря. Регулярний скринінг за допомогою простих і доступних інструментів, як-от вимірювання МТ, зросту та розрахунок ІМТ, є необхідним елементом рутинного прийому, що відповідає світовим стандартам медичної практики.

Низький відсоток лікарів, які впроваджують ці рекомендації у повсякденну практику, свідчить про наявність прогалин в організації скринінгових заходів. Це може бути зумовлено як недостатнім забезпеченням кабінетів необхідним обладнанням (вагами, ростомірами), так і браком розуміння важливості систематичного скринінгу серед медичних працівників.

Для покращення ситуації необхідно підвищувати рівень обізнаності лікарів щодо необхідності рутинного вимірювання антропометричних показників у кожного пацієнта, незалежно від його статі, віку чи зовнішнього вигляду. Скринінгові заходи мають стати стандартом первинної медичної допомоги та інтегрованою частиною регулярного обстеження пацієнта [24]. Це дозволить своєчасно виявляти випадки НадМТ та ожиріння, проводити ранню діагностику, оцінювати ризики супутніх захворювань і призначати відповідне лікування або профілактичні заходи. Такий підхід відповідає міжнародним стандартам і сприятиме зниженню тягаря ожиріння для системи охорони здоров'я та населення загалом.

Не завжди просто повідомляти пацієнтові про наявний діагноз, а тим більше – про такий стигматизований, як ожиріння. У зв'язку з цим було досліджено, чи повідомляють лікарі пацієнтові про наявність у нього такого діагнозу (рис. 6).

Дані, наведені на рис. 6, є позитивним сигналом, оскільки 73,2% опитаних лікарів регулярно інформують своїх пацієнтів про наявність діагнозу НадМТ або ожиріння. Цей факт свідчить про певний рівень обізнаності медичних працівників та їхню готовність відкрито обговорювати проблему з пацієнтами, що є ключовим етапом у веденні цього захворювання.

Визначення та комунікація діагнозу НадМТ або ожиріння є важливою частиною первинної медичної допомоги. Повідомлення пацієнту про такий діагноз дає можливість підвищити його обізнаність про стан власного здоров'я та необхідність вжиття відповідних

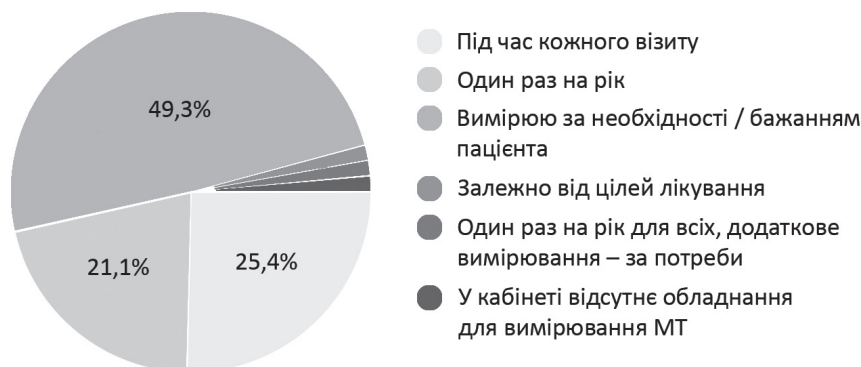


Рис. 5. Як часто Ви вимірюєте МТ пацієнтів?



Рис. 6. Чи завжди Ви говорите з пацієнтом про ожиріння, якщо пацієнт має такий діагноз?

заходів для його покращення. Важливо, щоб лікарі робили це у зрозумілій, не стигматизуючій та підтримувальній манері, орієнтованій на мотивацію пацієнта до змін у способі життя.

Водночас той факт, що 23,9% лікарів не інформують пацієнтів про НадМТ або ожиріння, вказує на наявність певних бар'єрів у комунікації щодо цього діагнозу. До таких бар'єрів належать:

- побоювання щодо негативної реакції пацієнта;
- відсутність навичок ведення делікатних розмов;
- обмежений час прийому;
- недостатня впевненість у необхідності систематичного скринінгу та діагностики цього стану.

Для подолання цих перешкод необхідно впроваджувати навчальні програми для лікарів, які сприятимуть розвитку комунікативних навичок, необхідних для інформування пацієнтів про діагноз НадМТ чи ожиріння. Зокрема, навчання має включати стратегії ненасильницької комунікації, використання доказових підходів для підвищення мотивації пацієнта до зміни поведінки та способу життя.

Таким чином, результати цього дослідження демонструють певний прогрес, але також вказують на необхідність подальших кроків для підвищення якості діагностики та комунікації. Забезпечення регулярного інформування пацієнтів про їхній стан є першим кроком до впровадження ефективних профілактичних і

лікувальних стратегій для зниження рівня поширеності НадМТ та ожиріння серед населення.

ВИСНОВКИ

1. Більшість респондентів мають стаж роботи до 5 років, 28,2% – понад 20 років, 18,3% – 11–20 років, що формує різноманітну вибірку.
2. Серед 130 лікарів 76,15% – сімейні лікарі, 15,38% – терапевти. Це свідчить про актуальність дослідження для лікарів первинної ланки.
3. 33,8% лікарів не знають про національні протоколи щодо ожиріння, що вказує на потребу підвищення поінформованості.
4. 21,1% лікарів не мають приладів для вимірювання МТ, 20% – ростомірів, що ускладнює діагностику та вимагає покращення матеріально-технічного забезпечення.
5. Лише 25% лікарів регулярно вимірюють МТ пацієнтів, що потребує впровадження систематичного скринінгу.
6. 70% лікарів повідомляють пацієнтів про діагноз НадМТ чи ожиріння, але наявність комунікативних бар'єрів вимагає розробки навчальних програм.
7. Дані проміжні, подальші результати будуть оприлюднені. Лікарі первинної ланки, згідно з дослідженням, мають низку труднощів, які необхідно досліджувати та розв'язувати як на індивідуальному, так і на загальнонаціональному рівні.

Відомості про авторів

Лагода Дар'я Олександрівна – Одеський національний медичний університет. E-mail: dlagoda19@gmail.com
ORCID: 0000-0003-0783-6225

Величко Валентина Іванівна – Одеський національний медичний університет. E-mail: velichko_2007@ukr.net
ORCID: 0000-0002-1936-3421

Information about the authors

Lahoda Daria O. – Odesa National Medical University. E-mail: dlagoda19@gmail.com
ORCID: 0000-0003-0783-6225

Velychko Valentyna I. – Odesa National Medical University. E-mail: velichko_2007@ukr.net
ORCID: 0000-0002-1936-3421

ПОСИЛАННЯ

1. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*. 2011;377(9765):557–67. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62037-5.
2. World Health Organization. STEPS prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019 [Internet]. Geneva: WHO; 2020. 66 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/336642>.
3. Public Health Agency of Sweden F. Obesity [Internet]. The Public Health Agency of Sweden; 2021. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/>.
4. Ministry of Health of Ukraine. Obesity in adults evidence-based clinical guideline [Internet]. 2023. Guideline GS № 427; 2023 Mar 03. Available from: <https://www.dec.gov.ua/mtd/ozhyrnyya-u-doroslyh/>.

5. World Health Organization. Obesity and overweight: fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
6. Sanchez CC, Tadealli PS, Scaccia J, Sibia AS, Mayrovitz HN. Implications of long sleep duration on cardiovascular health: A systematic review. *Cureus*. 2025;17(1):e77738. doi: 10.7759/cureus.77738.
7. Vulchi J, Suryadevara V, Mohan P, Kamalanathan S, Sahoo J, Naik D, et al. Obesity and metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: understanding the intricate link. *J Transl Gastroenterol*. 2023;1(2):74-86. doi: 10.14218/JTG.2023.00043.
8. Blasco BV, Garcia-Jimenez J, Bodoano I, Gutierrez-Rojas L. Obesity and depression: its prevalence and influence as a prognostic factor: a systematic review. *Psychiatry Investig*. 2020;17(8):715-24. doi: 10.30773/pi.2020.0099.
9. Sun M, da Silva M, Bjørge T, Fritz J, Mboya IB, Jerkeman M, et al. Body mass index and risk of over 100 cancer forms and subtypes in 4.1 million individuals in Sweden: the Obesity and Disease Development Sweden (ODDS) pooled cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2024;45:101034. doi: 10.1016/j.lanepe.2024.101034.
10. Rassy N, Van Straaten A, Carette C, Hamer M, Rives-Lange C, Czernichow S. Association of healthy lifestyle factors and obesity-related diseases in adults in the UK. *JAMA Netw Open*. 2023;6(5):e2314741. doi: 10.1001/jama-networkopen.2023.14741.
11. Kahn BE, Brannigan RE. Obesity and male infertility. *Curr Opin Urol*. 2017;27(5):441-5. doi: 10.1097/MOU.0000000000000417.
12. Fulton M, Dadana S, Srinivasan VN. Obesity, stigma, and discrimination [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554571/>.
13. Lahoda D. Stigmatization of the patients who live with overweight or obesity [Internet]. 2023. In: *Obesity – Recent Insights and Therapeutic Options*. 2023. 158 p. doi: 10.5772/intechopen.109629.
14. Lahoda DO, Velychko VI, Mankovsky BM. Algorithm for examination and treatment of individuals with excess body weight or obesity: key messages for primary care physicians. *DOMS*. 2021;(4):50-60.
15. Velychko VI, Mankovsky BM, Tatarchuk TF, Lahoda DO, Todurov IM, Lishchysyna OM. A contemporary view on obesity treatment in adults. *Reprod Endocrinol*. 2021;(5):45-50. doi: 10.18370/2309-4117.2021.61.45-50.
16. Kaplan LM, Golden A, Jinnett K, Kolotkin RL, Kyle TK, Look M, et al. Perceptions of barriers to effective obesity care: results from the national ACTION study. *Obesity (Silver Spring)*. 2018;26(1):61-9. doi: 10.1002/oby.22054.
17. Turner M, Jannah N, Kahan S, Gallagher C, Dietz W. Current knowledge of obesity treatment guidelines by health care professionals. *Obesity (Silver Spring)*. 2018;26(4):665-71. doi: 10.1002/oby.22142.
18. Funk LM, Jolles SA, Greenberg CC, Schwarze ML, Safdar N, McVay MA, et al. Primary care physician decision making regarding severe obesity treatment and bariatric surgery: a qualitative study. *Surg Obes Relat Dis*. 2016;12(4):893-901. doi: 10.1016/j.soard.2015.11.028.
19. Memarian E, Carrasco D, Thulesius H, Calling S. Primary care physicians' knowledge, attitudes and concerns about bariatric surgery and the association with referral patterns: a Swedish survey study. *BMC Endocr Disord*. 2021;21(1):62. doi: 10.1186/s12902-021-00723-8.
20. Elran-Barak R, Bar-Anan Y. Implicit and explicit anti-fat bias: the role of weight-related attitudes and beliefs. *Soc Sci Med*. 2018;204:117-24. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.03.018.
21. Ma J, Xiao L, Stafford RS. Adult obesity and office-based quality of care in the United States. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(5):1077-85. doi: 10.1038/oby.2008.653.
22. Rajagopal S, Wickham EP, Reid TJ, Brittan DR, Korner J, Gudzone KA. Comparing clinical practice habits among obesity medicine physicians by patient, physician, and clinic factors. *Obesity Pillars*. 2025;13:100157. doi: 10.1016/j.obpill.2025.100157.
23. Obesity in adults. Standard of medical care. *Diabetology: Clinical Guidelines. Thyroidol Metabol Disord*. 2024;(3):72-82.
24. Elmaleh-Sachs A, Schwartz JL, Bramante CT, Nicklas JM, Gudzone KA, Jay M. Obesity management in adults: a review. *JAMA*. 2023;330(20):2000-15. doi: 10.1001/jama.2023.19897.

Стаття надійшла до редакції 28.12.2024. – Дата першого рішення 02.01.2025. – Стаття подана до друку 10.02.2025