

TRAJTIMI MEDIKAMENTOZ I MBIPESHËS DHE OBEZITETIT



Valon Bujupaj

Doktor i Mjekësisë

Abstrakti

Për shkak të përhapjes së shtuar viteve të fundit në tërë botën, mbipësia dhe obeziteti po shndërrohen në një problem global, të cilat bashkëshoqërohen me një numër të madh të sëmundjeve të rënda kronike, të cilat e zvogëlojnë dukshëm cilësinë e jetës së individëve. Për këtë arsye, trajtimi i këtij problemi paraqet një temë të rëndësishme të shëndetësisë moderne.

Krahas ndryshimit të stilit të jetesës, roli i medikamenteve në trajtimin e mbipeshës po shtohet çdo ditë e më shumë. Për momentin ekzistojnë një numër i konsiderueshëm i medikamenteve të aprovuara për këtë trajtim.

Në këtë rishikim literature janë përshkruar disa nga medikamentet më të përdorura për trajtim të mbipeshës, mekanizmi i veprimit të tyre, shkalla e efikasitetit, efektet anësore, indikacionet dhe kundëriindikacionet e përdorimit të tyre. Po ashtu, është bërë edhe krahasimi mes medikamenteve në kategori të ndryshme dhe janë nxjerrë përfundimet përkatëse.

2. Hyrja

Obeziteti konsiderohet gjendja e organizmit, kur pesha trupore është më e lartë se sa ajo që konsiderohet normale në raport me lartësinë trupore. Konsiderohet se një person ka mbipeshë, kur Indeksi i Masës Trupore është mbi 25 kg/m², ndërsa kur ky indeks është mbi 30 kg/m², personi konsiderohet obez.[3]

Mbipësia dhe obeziteti predisponojnë për shumë probleme dhe sëmundje shëndetësore, si:

Diabeti tip 2

Hipertensioni

Sëmundjet e zemrës, veshkave dhe mëlçisë

Sulmet cerebro-vaskulare

Disa lloje të sëmundjeve malinje

Problemimet me frymëmarrje

Problemimet e sistemit osteomuskulor

Problemimet e shëndetit mendor.[1]

Incidenca e mbipeshës dhe obezitetit është mjaft e lartë. Konsiderohet se:

1 nga 3 persona është me mbipeshë. (30.7%)

Më shumë se 2 nga 5 persona janë obez. (42.4%)

Përgjithësisht, 3 nga 4 persona janë me mbipeshë ose obez. (73.1%)[1]

Mbi 4.7 milionë njerëz vdesin çdo vit si pasojë e mbipeshës dhe obezitetit.[3]

Humbja e peshës së tepërt trupore dhe mbajtja e një peshe normale zvogëlon në mënyrë signifikante rrezikun për sëmundjet e lartcekura. Po ashtu, te personat që kanë këto sëmundje, zvogëlon rrezikun e komplikimeve shëndetësore. [1]

Ekzistojnë disa metoda kryesore që përdoren për trajtimin e mbipeshës dhe obezitetit:

Ndryshimi i stilit të jetesës (me dieta të shëndetshme dhe aktivitet fizik)

Përdorimi i medikamenteve (në rastet kur ndryshimi i stilit të jetesës nuk mjafton)

Intervenimet kirurgjike (kirurgjia bariatrike)

Përdorimi i pajisjeve për humbjen e peshës trupore (metodë e re, ende e pastudiuar plotësisht)[1]

Se cila metodë për trajtim të mbipeshës i përshtatet më së shumti një individ, varet nga karakteristikat individuale, por rol të rëndësishëm në përcaktimin e metodës adekuate luan Indeksi i Masës Trupore (BMI).

Ndryshimet e stilit të jetesës si të vetme, janë shpesh jo efektive në kontrollin afatgjatë të

Lifestyle	Consider drugs	Consider surgery
- BMI $\geq 25.0$⁵⁹ - BMI ≥ 23.0 (Asian)⁴⁵	- BMI ≥ 30.0^{5,40-44,59} - BMI ≥ 25.0 (Asian)⁴⁵ - BMI ≥ 27.0 and comorbidities^{5,40,41,44,59} - BMI ≥ 23.0 and comorbidities (Asian)⁴⁵	- BMI ≥ 40.0^{5,40-44,59} - BMI ≥ 35.0 (Asian)⁴⁵ - BMI ≥ 35.0 and comorbidities^{5,40-44,59} - BMI ≥ 30.0 and comorbidities (Asian)^{45*}

Figura 1 - Metodat e trajtimit të mbipeshës sipas BMI [marr nga referenca nr. 2]

TRAJTIMI MEDIKAMENTOSZ I MBIPESHËS DHE OBEZITETIT



Vesel Bujupaj

Specialist i Mjekësisë Familjare

peshës trupore, ku sipas studimeve 1/3 deri 2/3 e peshës së humbur trupore rikthehet brenda 1 viti të këtij ndryshimi. Për këtë arsye, shpesh rekomandohet edhe fillimi i trajtimit me medikamente.[3]

3. Metodologjia

Ky punim është një rishikim literature. Në këtë punim janë grumbulluar informatat nga disa punime të tjera shkencore të publikuara në gazetat e ndryshme shkencore mjekësore. Po ashtu, në realizimin e këtij punimi janë shfrytëzuar të dhëna nga ueb faqet mjekësore zyrtare nacionale të shteteve të ndryshme.

Në këtë punim janë shfrytëzuar imazhe dhe tabela me informacione të huazuara nga punimet shkencore dhe ueb faqet mjekësore.

Të gjitha punimet shkencore dhe ueb faqet shkencore të shfrytëzuara për këtë punim janë cituar sipas sistemit të Vancouverit me numra arab, ku me secilin citim numerik në tekst korrespondon referenca përkatëse të faqja e literaturës.

4. Trajtimi me medikamente të mbipeshës dhe obezitetit

Shoqata e Obezitetit dhe Shoqata e Endokrinologjisë rekomandojnë trajtimin me medikamente të të gjithë personat me BMI ≥ 30 kg/m², BMI ≥ 27 kg/m² me sëmundje shoqëruese dhe të personat me pamundësi të humbjes së >5% të peshës bazë brenda 6 muajve të ndryshimit të stilit të jetesës.[3]

Për arsye se obeziteti është sëmundje kronike, në shumicën e rasteve trajtimi me medikamente duhet të vazhdojë gjithë jetën, sepse ndërprerja e terapisë shpesh shkakton rikthimin e peshës trupore. Terapia e deritanishme me medikamente të target të veprimit ka çrregullimet neuro-

hormonale që shkaktojnë shtim të peshës dhe pamundësi të humbjes së saj.[3]

Sipas studimeve, një person duke përdorur medikamentet mund të humbasë 5-23% të peshës trupore, megjithatë, sikurse edhe me barnat e tjera, përgjigjja në terapi është variabile.[3]

Orlistat

Orlistat është medikament anti-obezeitet i aprovuar nga FDA për përdorim të personat mbi moshën 12-vjeç. Vepron duke e inhibuar në mënyrë reversibile lipazën gastrike dhe pankreatike, të cilat i zbërthejnë trigliceridet (të pa-absorbueshme) në acide të larta yndyrore dhe monogliceride, të cilat janë të absorbueshme.[4]

Si rrjedhojë, orlistati e inhibon absorbimin e yndyrave dietetike. Humbja e peshës vërehet 2 javë pas fillimit të trajtimit, ndërsa efekti maksimal vërehet pas 2 muajve. Peshë mesatare e humbur për periudhë 6 muajve të trajtimit është 5.6kg.[4]

Efekti më i shpeshtë anësor i orlistatit është steatorrhea, si pasojë e mos-absorbimit adekuat të yndyrave. Efekte të tjera anësore më të rralla përfshijnë: hepatotoksicitetin, osteoporozën dhe rritje të rrezikut për kancer kolorektal (te studimet e bëra në kafshë).[4]

Ky medikament kundër-indikohet te hipersensitiviteti, kolestaza dhe te shtatzënia.[4]

Bupropion-naltrexon

Naltrexoni është një antagonist i receptorëve opioid dhe si i tillë ka treguar efikasitet në zvogëlimin e ndjenjës së kënaqësisë që shfaqet pas konsumimit të ushqimeve të ëmbla. Bupropioni, në anën tjetër, është një inhibitor i rimarrjes së noradrenalinës dhe serotoninës, i cili i aktivizon qelizat pro-opiomelanokortine, të cilat

Tabela 1 - Medikamentet e aprovuara për trajtimin e obezitetit[3] *Medikamentet e aprovuara vetëm për përdorim afatshkurtër

Medikamenti	Viti i licencimit	Mekanizmi i veprimit	Pesha trupore e humbur në %
Phentermine*	1959	Frenues i apetitit	4.4
Diethylpropion*	1979	Frenues i apetitit	6.6
Orlistat	1999	Redukton absorbimin e yndyrës deri në 30%	3.8
Bupropion-naltrexon	2014	Redukton apetitin	4.8
Liraglutide	2014	Redukton apetitin dhe jep ndjenjë të ngopjes	5.1
Setmelanotide	2020	Redukton apetitin	12.5-25.6
Semaglutide	2021	Redukton apetitin dhe jep ndjenjë të ngopjes	12.4
Tirzepatide	2023	Redukton apetitin dhe jep ndjenjë të ngopjes	17.8

e frenojnë apetitin përmes mekanizmave qendror.[5]

Kur naltrexon-i dhe bupropion-i merren veçmas si monoterapi, nuk kanë thujse fare efekt në humbjen e peshës trupore, por kur kombinohen, efekti i tyre rritet dukshëm. Për periudhën 1 vjeçare, këto barna në dozën 16 mg, kanë shkaktuar një humbje 5% të peshës trupore, ndërsa në dozën 32mg, humbja e peshës trupore ishte 6.1%.[5]

Efektet më të shpeshta anësore të këtij medikamenti janë: pagjumësia, ankthi, nervoza dhe kokëdhembja. Por, si shkak i tolerancës, me përdorim afatgjatë të medikamentit, incidenca e këtyre efekteve anësore zvogëlohet. Po ashtu, në disa raste, është raportuar edhe rritja e tensionit arterial sistolik dhe diastolik nga ky medikament.[5]

Ky kombinim kundëriindikohet te individët me hipertension arterial të pakontrolluar, me anamnezë të sulmeve epileptike, me anoreksi apo bulimi, me përdorim kronik të opioideve, te ata me abstinencë nga alkooli dhe drogat dhe te gratë shtatzëna.[5]

Agonistët e receptorëve GLP-1

GLP-1 (peptidi i ngjashëm me glukagonin) është një peptid i cili sekretohet nga trakti gastrointestinal dhe vepron përmes

receptorëve të tij GLP-1R, duke rritur prodhimin e insulinës, ndërsa duke zvogëluar nivelin e glukagonit dhe për këtë arsye, agonistët e tij përdoren për trajtimin e diabetit. Me studimet e kohëve të fundit, është vërtetuar se te personat me mbipeshë dhe obezë, niveli i GLP-1 është dukshëm më i ulët, dhe pikërisht kjo ka shkaktuar fillimin e përdorimit të agonistëve të GLP-1R edhe për trajtim të mbipeshës, me ç'rast kjo metodë e re e trajtimit pati një efikasitet të dukshëm. Mekanizmat përmes të cilëve GLP-1 shkakton humbje peshe janë të ndryshëm, si: duke zvogëluar oreksin, që mendohet se është mekanizëm qendror dhe duke ngadalësuar zbrazjen gastrike, si mekanizëm periferik.[6][7]

Agonistët e GLP-1R, sipas kohëzgjatjes së veprimit, ndahen në agonistë me veprim të shkurtër dhe ata me veprim të gjatë. Agonistët me veprim të shkurtër, si exenatide dhe lixisenatide, janë jo-efektiv në mbajtjen konstante të niveleve të ulëta të glukozës në gjak, dhe si rezultat jo aq efektiv në trajtimin e mbipeshës, sa janë agonistët me veprim të gjatë si: liraglutide, semaglutide dhe tirzepatide.[7]

Liraglutide

Liraglutide është agonisti i parë i GLP-1R i aprovuar për përdorim. Sipas studimeve, u përcaktua se ky medikament, që injektohet

subkutan një herë në ditë, është më efektiv në mbajtjen normale të nivelit të glukozës, humbjen e peshës dhe zvogëlimin e rrezikut kardiovaskular, se sa metformina, glimepiride dhe glargin insulina.[7]

Gjatë përdorimit të liraglutide në dozë 3mg në ditë, rreth 76% e personave humbën mbi 5% të peshës së tyre trupore. Efektet më të shpeshta anësore ishin gastrointestinale, si nauzea dhe vjellja. Efektet e rrezikshme anësore, si pankreatiti, kanceri tiroid, gurët biliarë dhe efektet psikologjike ishin më të rralla. Ky medikament konsiderohet i sigurt për përdorim te personat me funksion të zvogëluar renal ose hepatic.[7]

Setmelanotide

Setmelanotide është një agonist i receptorëve GLP-1, i cili përdoret për trajtim të mbipeshës dhe obezitetit te personat me çrregullimet gjenetike të deficiencës së propiomelanokortinës, proteinës PCSK1 dhe receptorëve të leptinës. Ky medikament nuk i trajton këto çrregullime gjenetike, por ndihmon në humbjen e peshës te këta persona. Një karakteristikë e individëve me këto çrregullime gjenetike është hiperfagia, gjë e cila shkakton obezitet të rëndë, e pikërisht roli i këtij medikamenti në humbjen e peshës është eliminimi i hiperfagisë dhe mund të përdoret edhe te fëmijët mbi moshën 6-vjeçare.[8]

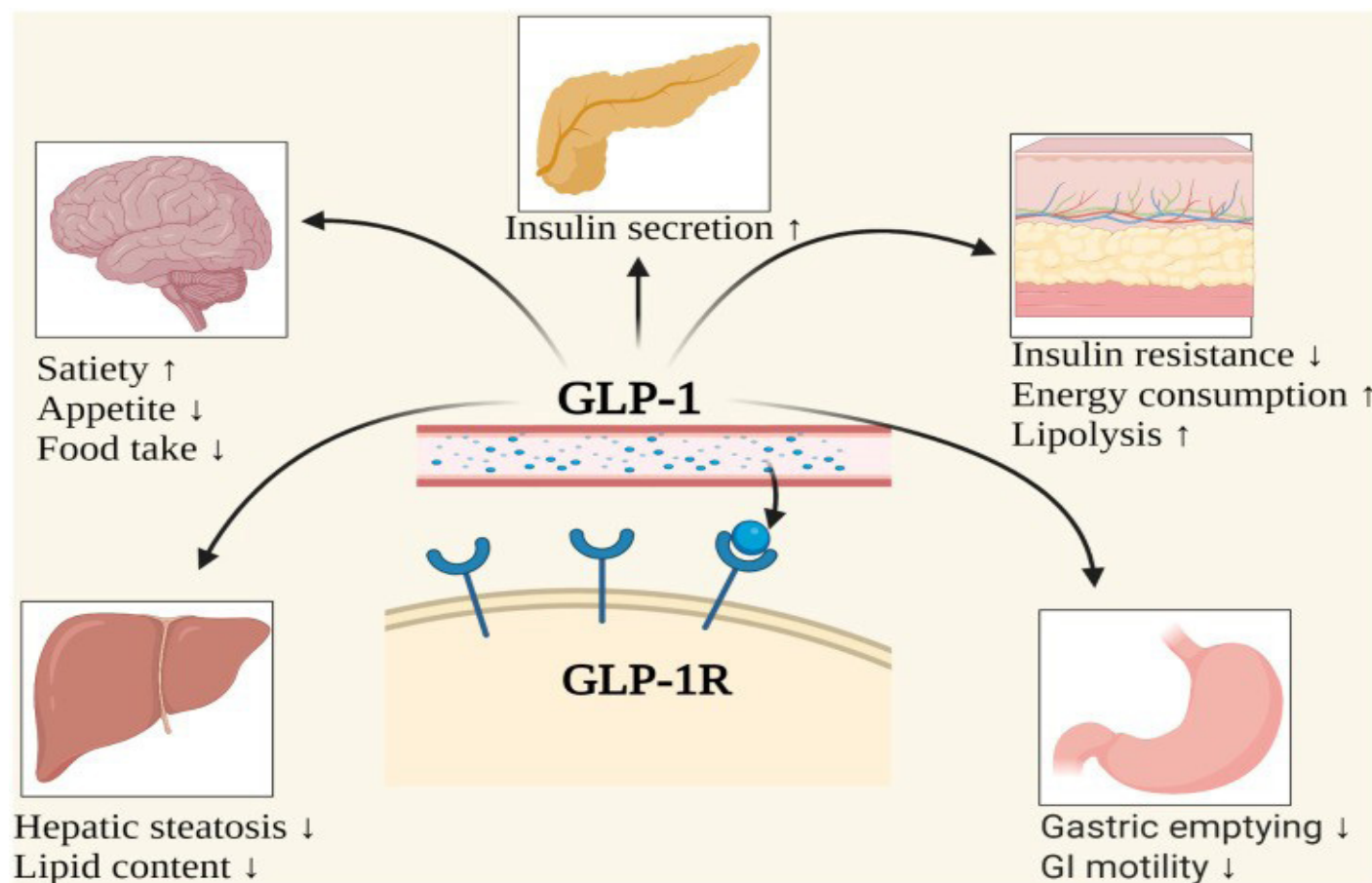


Figura 2 - Mekanizmi i veprimit të GLP-1R agonistëve[6]

Semaglutide

6 Semaglutide është një tjetër agonist i GLP-1R, i cili për humbje peshe dhe diabet merret si injeksion subkutan 2.4 mg një herë në javë. Sipas studimeve, ky medikament shkakton humbje efektive dhe afatgjatë të peshës trupore, ku përdoruesit humbën 5, 10, 15 dhe 20% më shumë peshë se rastet placebo. Po ashtu, te përdoruesit u zvogëlua edhe diametri i belit dhe presioni sistolik i gjakut.[7]

Në krahasim me liraglutide, një herë në ditë subkutan, që shkakton humbje të peshës prej 6.4%, semaglutide, një herë në javë subkutan, shkakton një humbje të peshës trupore prej 15.8%.[7]

Ky medikament duhet të përdoret me kujdes te: retinopatia diabetike, hipoglikemia, çrregullimet biliare, pankreatiti akut, insuficienca e rëndë e veshkave, tumoret tiroide dhe te neoplazitë endokrine multiple. Si me liraglutide, efektet më të shpeshta anësore janë nauzea dhe diarreja.[7]

Semaglutide ka treguar po ashtu efikasitetin e tyre në zvogëlimin e yndyrës në mëlçi dhe parandalimin e progresionit të fibrozës hepatike.[7]

Tirzepatide

Tirzepatide është një agonist i ri i receptorëve GLP-1, i cili ka filluar të përdoret për trajtim të diabetit dhe për humbje peshe. Mesatarja e humbjes së peshës nga ky medikament është e varur nga doza e tij. Kështu, për dozën 5mg mesatarja e peshës së humbur ishte 7.6kg, për dozën 10mg mesatarja ishte 9.3kg dhe për dozën 15mg mesatarja e peshës së humbur ishte 11.2kg. Në përqindje, doza javore 5mg shkaktoi humbje 15% të peshës trupore, doza 10mg 19.5% dhe doza 15mg ndikoi në humbjen e 20.9% të peshës totale.[7]

Në bazë të studimeve, tirzepatide është superior ndaj semaglutide në humbjen e peshës trupore, duke shkaktuar një humbje dukshëm më të madhe të peshës trupore.[7]

Tirzepatide, sikurse semaglutide, injektohet një herë në javë subkutan. Për shkak të numrit të vogël të studimeve, nuk rekomandohet përdorimi te personat me pankreatit dhe te ata me diabet melit tip 1. Sikurse edhe semaglutide, tirzepatide luan rol të dukshëm në trajtimin e steatozës hepatike. Ngjashëm me agonistët tjerë të receptorëve GLP-1, ky medikament kundërpikohet te tumoret tiroide dhe te neoplazitë endokrine multiple.[7]

Efektet më të shpeshta anësore, ngjashëm me agonistët e tjerë, janë gastrointestinale, si nauzea, vjellja dhe barkçitja. Ndërsa efektet serioze anësore te përdoruesit e tirzepatides ishin relativisht më të shpeshta (5-7%) se sa ato te përdoruesit e semaglutide (3%).[7]

5.Diskutimi dhe përfundimet

Kohëve të fundit janë zbuluar një numër i madh i medikamenteve për trajtimin e obezitetit dhe si rezultat ka marr hov përdorimi i pakontrolluar i tyre në përgjithësi, e sidomos i agonistëve të GLP-1R në veçanti. Ekzistojnë medikamente mjaft efektive, të dëshmuara në bazë të studimeve, të cilat në njërin anë ndikojnë në humbjen e peshës e në anën tjetër trajtojnë gjendjet e rrezikshme shëndetësore që lidhen me mbipeshën dhe obezitetin. Por, gjithmonë medikamenti adekuat duhet të përzgjidhet me kujdes, duke baraspeshuar benefitet dhe rreziqet e mundshme të përdorimit. Krahas efikasitetit, në zgjedhjen e barit gjithmonë duhet të merren në konsideratë edhe karakteristikat personale të pacientit, preferencat e tij, sëmundjet bashkëshoqëruese, interaksioni me medikamentet e tjera, kundërpikacionet dhe efektet anësore të barit të përzgjedhur.

Referencat:

- 1.<https://www.niddk.nih.gov/health-information/weight-management/adult-overweight-obesity/definition-facts>.
- 2.O'Shea D, Kahan S, Lennon L, Breen C. Practical Approaches to Treating Obesity: Patient and Healthcare Professional Perspectives. *Adv Ther.* 2021 Jul;38(7):4138-4150. doi: 10.1007/s12325-021-01748-0.
- 3.Tchang BG, Aras M, Kumar RB, et al. Pharmacologic Treatment of Overweight and Obesity in Adults. [Updated 2024 Aug 20]. In: Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B, et al., editors. *Endotext*. [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279038/>.
- 4.Bansal AB, Patel P, Al Khalili Y. Orlistat. [Updated 2024 Feb 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542202/>.
- 5.Ethan Lazarus, Appropriate use of the fixed-dose, extended-release combination of naltrexone and bupropion as treatment for obesity in primary care, *Obesity Pillars*, Volume 14, 2025, 100170, ISSN 2667-3681, <https://doi.org/10.1016/j.obpill.2025.100170>.
- 6.Wang JY, Wang QW, Yang XY, Yang W, Li DR, Jin JY, Zhang HC, Zhang XF. GLP-1 receptor agonists for the treatment of obesity: Role as a promising approach. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023 Feb 1;14:1085799. doi: 10.3389/fendo.2023.1085799.
- 7.Popoviciu MS, Păduraru L, Yahya G, Metwally K, Cavalu S. Emerging Role of GLP-1 Agonists in Obesity: A Comprehensive Review of Randomised Controlled Trials. *Int J Mol Sci.* 2023 Jun 21;24(13):10449. doi: 10.3390/ijms241310449.
- 8.Hussain A, Farzam K. Setmelanotide. [Updated 2023 Jul 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589641/>.