



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 53580

(13) A

(51) 7 A61P3/04

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОРЕКЦІЇ НАДМІРНОЇ ВАГИ ПРИ ПЕРВИННОМУ ОЖИРІННІ

1

2

(21) 2002097306

(22) 09 09 2002

(24) 15 01 2003

(46) 15 01 2003, Бюл. № 1, 2003 р.

(72) Олійников Костянтин Миколайович

(73) Олійников Костянтин Миколайович

(57) Спосіб корекції надмірної ваги при первинному ожирінні шляхом введення гіпокалорійної дієти, який відрізняється тим, що додатково попередньо виявляють час харчової активності з першого по третій день і формують "нав'язаний" ритм хар-

чування, з четвертого по шостий день за 30 - 40 хвилин до цього часу вводять перорально ентеросорбент у терапевтичній дозі на тлі голодування, потім з сьомого по дев'ятий день призначають фруктово-овочеву дієту, з десятого дня - гіпокалорійну дієту з розрахунку 8000 - 8500 ккал на тиждень до досягнення бажаної ваги, після чого дієту харчування по калорійності приводять у відповідність з енерговитратами при "нав'язаному" ритмі харчування

Заявлений спосіб відноситься до медицини, частково, до дієтології та фізіотерапії та може бути використаний для індивідуальної терапії в амбулаторних умовах

Відомий спосіб корекції надмірної ваги тіла при первинному ожирінні [Л. И. Савельева «Современные подходы к лечению ожирения» / Врач, С 1 - 3] шляхом гіпокалорійної дієти. При цьому розраховується калорійність добового раціону для жінок та чоловіків різних вікових груп з урахуванням фізичного навантаження

Недоліком відомого способу є те, що обмеження у харчовому раціоні ведуть до виникнення фізіологічного і психологічного дискомфорту, внаслідок чого є часті зриви під час лікування, відкази у лікуванні, рецидиви захворювання, а це, у свою чергу, веде до відносно низької ефективності лікування захворювання. Крім того, не враховуються індивідуальні особливості харчової активності людини, у зв'язку з тим, що центр голоду - гіпоталамус, поступають аферентні імпульси, які збуджують вентро-медіальне ядро гіпоталамусу, що приводить до виникнення відчуття голоду, а часто веде до відмови лікування

Відомий також спосіб корекції надмірної ваги тіла при первинному ожирінні [Бутрова С. А. Ожирение. Современная тактика ведения больных. Лечащий врач. 2000, №5 - 6, С 3] шляхом обмеження в дієті. При цьому в основному обмежують надходження легкозасвоюваних вуглеводів, жирів і алкоголю та періодично проводять голодання

Недоліком відомого способу є відносно низька ефективність лікування у зв'язку з тим, що при голоданні пацієнти зазнають дискомфорт, а у випадках діабетичних порушень в організмі виникає інсуланова недостатність, яка веде до безконтрольної стимуляції внутріклитинної ліпази і звільнення жирних кислот з депо. Зниження концентрації глюкози в крові при голоданні пригнічує вироблення інсуліну підшлунковою залозою, посилюється ліполіз. При зниженні концентрації глюкози в крові нижче критичного рівня можуть виникати важкі порушення мозкових функцій. Цьому використанню голодання і обмеження вуглеводів не завжди можливо

Відомий також спосіб корекції надмірної ваги тіла при первинному ожирінні [Патент №22972А. Укр. Засіб для схуднення на основі рослинної сировини. Селезнев О. Г., Опубл. 30.06.98, Бюл. №3] шляхом введення гіпокалорійної дієти. Крім того, вводять препарати рослинного походження, в частості, кору крушини

Недоліком відомого препарату є те, що проносний ефект крушини, яку необхідно приймати протягом відносно тривалого часу, веде до втрати калія, магнія, бікарбонату натрія, які виводяться з каловими масами. Такі виведення мікроелементів з організму приводять, в свою чергу, до важких порушень електролітного і кислотно-основного балансу, у зв'язку з чим лікувальний ефект незначний

Найбільш близьким по технічній суттєвості заявленому способу є спосіб корекції надмірної ваги

(13) A

(11) 53580

(19) UA

при первинному ожирінні [Авт свід №1697823, СССР «Способ лечения алиментарно-конституционального ожирения» ЖП Гудзенко, ГА Картыш, ТВ Шатило, ЕВ Короткая Опубл 15.12.91 Бюл. №46] шляхом введення гіпокалорійної дієти. При цьому додатково до харчового розвантаження вводять холінолітики, після чого хворого переводять на звичайне харчування і призначають панкреатин.

Недоліком відомого способу є можливість побічної реакції організму людини на введення медикаментозних препаратів та їх погана переносність. Необхідність щоденного введення медикаментозних препаратів, кожний з яких володіє різноманітним впливом, робить відомий спосіб неприпустимим для широкого кола осіб, які страждають первинним ожирінням.

В основу винаходу поставлено задачу створення способу корекції надмірної ваги при первинному ожирінні шляхом формування ритму харчування і введенням пероральної ентеросорбента у час харчової активності на тлі голодання і поступовим виходом з нього на гіпокалорійну дієту, що надає можливість блокувати аферентні імпульси в нейрогуморальному збудженні вентро-медіального ядра гіпоталамуса - центра голоду.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі корекції надмірної ваги при первинному ожирінні шляхом гіпокалорійної дієти додатково попередньо перші три дні виявляють активність травлення, у зв'язку з яким формують "нав'язаний" ритм травлення, з 4-го по 6-й день за 30 - 40 хвилин до виявленого часу харчової активності вводять ентеросорбент в терапевтичній дозі на тлі голодання, потім з 7-го по 9-й день призначають фруктову-овочеву дієту, з 10-го дня - гіпокалорійну дієту 8000 - 8500 ккал на тиждень до досягнення бажаної ваги, після чого гіпокалорійність дієти приводять у відповідність з енерговитратами при "нав'язаному" ритмі харчування, що надає можливість блокувати утворення аферентних імпульсів в нейрогуморальному збудженні вентро-медіального ядра гіпоталамуса - центра голоду.

В основі корекції надмірної ваги при первинному ожирінні полягає виявлення режиму харчової активності у перші три дні, на основі виявленого режиму харчування складають новий "нав'язаний" ритм харчування. Відчуття голоду і апетиту, яке зазнає у час харчової активності людина, обумовлено виділенням шлункового соку. При поступовому 3-х денному голоданні вводять ентеросорбент за 30 - 40 хвилин до виявлення часу харчової активності. У момент харчової активності виділяються травні соки, які приймають значну участь у формуванні відчуття голоду і апетиту. Введення ентеросорбента за 30 - 40 хвилин до виявленого часу харчової активності на тлі голодання, полегшує перенесення відчуття голоду за рахунок сорбції травних соків, створює основу для формування нових "нав'язаних" ритмів. Наступні три дні відбувається поступовий вихід з голодання на фруктову-овочеву дієту. Потім вводять гіпокалорійну дієту з розрахунку 8000 - 8500 ккал у неділю. Недільний розрахунок калорійності дієти надає можливість легше перенести обмеження, вживаючи звичні або бажані продукти.

Попереджаючий прийом їжі - за 30 - 40 хвилин до очікуваного сплеску апетиту - надає можливість зменшити дискомфорт пацієнта, знизити інтенсивність сплеску апетиту.

У теперішній час ожиріння розглядається як хронічне рецидивуюче захворювання, яке характеризується надмірним накопленням жирової тканини у організмі. Жирова тканина представляє собою метаболічне активне утворення, яке контролюється нейро-ендокринною системою. Для підтримки постійної ваги тіла жирова тканина і гіпоталамус обмінюються складними гормональними сигналами, які визначають апетит, засвоєння їжі, витрату енергії і вагу. У зв'язку з цим, первинне ожиріння визначається як хвороба, викликана порушенням адипоцитарно-гіпоталамічних інформаційних взаємодій із-за яких змінюється харчова поведінка хворого, його психологія, вибір способу життя. Результатом цього є гіпертрофія адипоцитів, виникаюча внаслідок дисбалансу між ліпогенезом і ліполізом. Інтенсивність ліполізу визначається енергетичними потребами організму, інтенсивністю кровотоку у жировій тканині. Динаміка ваги тіла визначається балансом між енерговитратами організму і кількістю поступаючої енергії. Отже, лікування первинного ожиріння повинно бути направлено на гальмування ліпогенезу і стимуляцію ліполізу. Гальмування ліпогенезу можна здійснювати дієтотерапією - гіпокалорійним раціоном харчування. Таке лікування пов'язано з необхідністю тривалих волевих зусиль по перемагання відчуття голоду і дискомфорту від незадоволення потреб організму.

Виявлення циркадних біологічних ритмів харчової активності кожного конкретного пацієнта, надає можливість індивідуально враховувати потреби, для чого достатньо протягом трьох днів виявляти час харчової активності людини. У наступні три дні здійснювати "стирання" діючих патологічних ритмів на тлі голоду (харчової депривації). Обмеження і виключення вживання звичних для пацієнта харчових продуктів пов'язано з гальмуванням секреції ендогенних опіоїдів, яке лежить в основі виникаючого абстинентного синдрому. Витримання голодання значно покращується при одночасному проведенні гастроентеросорбції при умовах, що сорбент вводять за 30 - 40 хвилин до очікуваного сплеску апетиту, а потім в цей же час вводять низькокалорійну рослинну їжу. Цьому випереджений - за 30 - 40 хвилин до очікуваного підйому харчової активності - прийом ентеросорбента або (в наступному) низькокалорійної рослинної їжі погнічує апетит, що надає можливість знизити калоріяж харчування без виникнення абстинентної симптоматики.

Разом з тим трьохденне голодання служить "метаболічним поштовхом" для ендогенних ліполітичних механізмів - збільшення базального рівня ліполіза, зростанням концентрації медіаторів ліполіза в крові і підвищення чутливості до них жирової тканини. Наступна гіпокалорійна дієта з 10-го дня з розрахунку 8000 - 8500 ккал на тиждень з таким же "попереджувачим" часом прийому їжі надає можливість полегшити стан пацієнта і знизити його вагу до бажаної величини. Після чого приведення калоріяжу харчування у відповідність з енерго-

витратами організму надає можливість збереження досягнутої корекції ваги тіла без дискомфорту, пов'язаного з абстинентним синдромом

Таким чином, здійснення корекції надмірної ваги при первинному ожирінні по описаному способу є ефективним і надає можливість блокувати утворення аферентних імпульсів в нейрогуморальному збудженні вентро-медіального ядра гіпоталамуса - центра голоду

Реалізують спосіб наступним чином. У перші три дні виявляють час харчової активності людини по часу "сплеску" апетиту, оцінюють його ступінь вираженості по 6-ти бальної шкалі і відмічають супроводжуючі симптоми -запаморочення, загальну слабкість та ін. Складають графік харчової поведінки пацієнта. Виявляють дані по тривалості кожного прийому їжі і його калоражу - час початку і кінця харчування, його якісний і кількісний склад

Потім протягом 3-х днів проводять голодання з прийомом ентеросорбента за 30 - 40 хвилин до виявленого часу прийому їжі. Разову дозу сорбенту визначають по добовій терапевтичній дозі, яку ділять на кількість "сплесків" апетиту. За три дні відбувається зникнення відчуття голоду і апетиту, стирання ритмів особистої харчової активності, що є основою для формування нових "нав'язаних" ритмів. Вихід з голодання здійснюється наступні три дні. 1-й день - соки, 2-й день - соки та кефір, 3-й день - соки, кефір, свіжі фрукти та овочі в час прийому їжі за 30 - 40 хвилин до очікуваного сплеску апетиту. З 10-го дня призначають гіпокалорійну дієту з недільною калорійністю 8000 - 8500ккал. Недільний розрахунок калорійності дієти легше переносять пацієнти і використовувати звичні продукти, задовольняючи власні потреби у їжі. "Попереджуючий" на 30 - 40 хвилин прийом їжі по розрахованій недільній дієті - "нав'язаний" режим харчування приводить до значному зменшенню харчової активності, за рахунок чого легше знизити калораж харчування до необхідних розрахованих цифр. Таким чином, з'являється можливість блокувати аферентні імпульси в нейрогуморальному збудженні вентро-медіального ядра гіпоталамуса - центра голоду

Приклад 1

Хвора Т., 28 років. Діагноз: первинне ожиріння. Зріст - 156см, вага - 96кг

З 1-го по 3-й день досліджували режим харчової активності - час початку прийому їжі 8⁰⁰, 13⁰⁰, 17³⁰. З 4-го по 6-й день провели гастроентеросорбцію з введенням Белосорба, терапевтичну дозу, з часом прийому за 20 - 30 хвилин до виявленого часу харчової активності 9³⁰, 12³⁰, 17⁰⁰. З 7-го по 9-й день - вихід з голодання. 7-й день - соки, час прийому 7³⁰, 12³⁰, 17⁰⁰, 8-й день 7³⁰ - 200мл сока, 12³⁰ - сок та кефір, 9-й день 7³⁰ - сок, кефір, 12³⁰ - фрукти, овочі. 10-й день - гіпокалорійна дієта з розрахунку недільної калорійності 8000 - 8500ккал. Віддання переваги фруктових-овочевим, молочним діетам, рослинним білкам, поснім сортам м'яса і риби.

Нормалізація ваги наступила наприкінці третього місяця.

Приклад 2. Хворий К., 30 років. Діагноз: первинне ожиріння. Зріст - 167см, вага - 89кг.

Визначений час харчової активності 10⁰⁰, 15⁰⁰, 19⁰⁰. З 4-го по 6-й день на тлі голодання вводили ентеросорбент, терапевтичну дозу, з часом прийому за 20 - 30 хвилин до виявленого часу харчової активності 9³⁰, 14³⁰, 18³⁰. З 7-го по 9-й день - вихід з голодання. 7-й день - соки, 8-й день соки, кефір, 9-й день фрукти, овочі. 10-й день - гіпокалорійна дієта з розрахунку недільної калорійності 8000 - 8500ккал. Надалі гіпокалорійна дієта з "нав'язаним" ритмом харчування.

Нормалізація ваги наступила через 2,5 місяці.

Приклад 3. Хвора О., 35 років. Діагноз: первинне ожиріння. Зріст - 159см, вага - 79кг.

Визначений час харчової активності 10⁰⁰, 15⁰⁰, 19⁰⁰. Надалі за 30 хвилин до виявленої харчової активності вводили в терапевтичній дозі ентеросорбент в 9³⁰, 14³⁰ і 18³⁰ годин на тлі голодання протягом 3-х днів. Після чого з 7-го по 9-й день - вихід з голодання з вживанням соку, кефіру і фруктових-овочевих дієт. С 10-го дня - гіпокалорійна дієта недільної калорійності 8000 - 8500ккал з "нав'язаним" ритмом харчування в 9³⁰, 14³⁰ і 18³⁰ годин до нормалізації ваги протягом 4-х місяців.

Використання запропонованого способу надає можливість порівняно просто без особливих матеріальних витрат реалізувати корекцію надмірної ваги тіла при первинному ожирінні. Крім того, спосіб фізіологічний, безпечний у порівнянні з любым способом лікарської терапії, психологічно комфортен та ефективен.