



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65851 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61K 36/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ

1

(21) u2011110239

(22) 22.08.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл.№ 23, 2011 р.

(72) СУДХІР ДХАКРЕ, ЦИУНЧИК ЮЛІЯ ГЕННАДІЙ-ВНА

(73) ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб лікування ожиріння у дітей, що здійснюють шляхом застосування дієтотерапії та лікар-

2

ської терапії, який **відрізняється** тим, що додатково проводять корекцію психологічного статусу дитини шляхом раціональної роз'яснювальної мотиваційної психотерапії, аутогенного тренування у вигляді тренінгу самоствердження і формування впевненості в собі, ігрової терапії у поєднанні зі застосуванням препарату рослинного походження "Цефамадар", який пригнічує відчуття голоду, по 1 таблетці 2-3 рази на день перед їжею загальним курсом 2,5-3 місяці.

Корисна модель належить до медицини, а саме педіатрії, дитячої ендокринології, патології дітей старшого віку, і може бути використана для лікування надлишкової маси тіла/ожиріння у дітей.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб лікування ожиріння, який включає збалансований режим харчування, дозовані фізичні навантаження і застосування за показаннями (важкий ступінь ожиріння, абдомінальний тип ожиріння, ознаки гіперінсулінізму, порушення толерантності до глюкози) препаратів метформіну в добовій дозі 500-750 мг протягом 3-6 місяців [1]. Збалансований режим харчування має на увазі субкалорійну дієту, часте дрібне приймання їжі, обмеження рафінованих вуглеводів і тваринних жирів та достатній вміст рослинної клітковини в добовому раціоні. Підвищена фізична активність сприяє прискоренню інтенсивності обміну речовин, ефективному витраченню отриманої енергії зі створенням негативного енергетичного балансу організму з метою зниження і подальшого утримання маси тіла. Усунення інсулінорезистентності тканин досягається застосуванням лікарських препаратів метформіну (добова доза 500-750 мг за 2-3 рази під час прийому їжі), який відновлює нормальну роботу підшлункової залози, знижує метаболічну активність вісцеральної жирової тканини.

Проте, даний спосіб є недостатньо ефективним, застосовується в стандартному варіанті для всіх пацієнтів, що страждають ожирінням, незалежно від їх преморбідного фону, характеризується великим відсотком рецидивів збільшення маси тіла після закінчення курсу терапії. Лікування здійснюється недиференційовано, стереотипно, без

урахування попередніх або потенційованих захворювань порушень психоемоційної сфери дитини. Таким чином, даний спосіб комплексного лікування ожиріння спрямований лише на патофізіологічні ланки надлишкової маси тіла/ожиріння і не враховує істотного психопатологічного компоненту ожиріння як складову психосоматичного захворювання [2].

Ожиріння є психосоматичним захворюванням, оскільки у механізмі виникнення, провокування, формування клінічних проявів, перебігу і наслідків його величезну роль відіграють психологічні та соціальні шкідливості, особливості осіб, їх реакція на хворобу, життєві ситуації, що виникають у зв'язку із захворюванням [3,4].

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення способу лікування ожиріння у дітей шляхом застосування комбінованої лікарсько-психологічної терапії та препарату рослинного походження, що дозволяє досягти більш вираженого терапевтичного ефекту, а саме: прискорити темпи зниження маси тіла, попередити рецидиви збільшення його маси, поліпшити прихильність терапії, сформувати позитивний емоційний фон пацієнтів на тлі лікування та утримання результатів.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно з корисною моделлю, дітям з ожирінням додатково проводять корекцію психологічного статусу дитини шляхом раціональної роз'яснювальної мотиваційної психотерапії, аутогенного тренування у вигляді тренінгу самоствердження і формування впевненості в собі, гральної терапії у поєднанні із застосуванням препарату рослинного походження

(19) UA (11) 65851 (13) U

"Цефамандар", який пригнічує відчуття голоду, по 1 таблетці 2-3 рази на день перед їжею загальним курсом 2,5-3 місяці.

Спосіб виконується наступним чином.

Діти контрольної групи (66 осіб) отримували стандартну дієтотерапію та медикаментозну терапію. Діти основної групи (73 дитини) отримували одночасно з дієтотерапією і медикаментозним лікуванням сеанси індивідуальної та групової психотерапії у поєднанні із застосуванням препарату рослинного походження "Цефамандар", який пригнічує відчуття голоду, по 1 таблетці 2-3 рази на день перед їжею загальним курсом 2,5-3 місяці. Використовувалися наступні взаємодоповнюючі психологічні методики: раціональна роз'яснювальна мотиваційна психотерапія, метод аутогенного тренування, тренінг самоствердження і формуван-

ня впевненості в собі, гральна терапія. Психотерапевтичний вплив був направлений на якнайшвидшу нормалізацію або зниження маси тіла, формування сталої мотивованої харчової поведінки дитини, профілактику збільшення маси тіла, нормалізацію психоемоційного фону особистості, ліквідацію патологічних наслідків дезадаптації.

Як критерії ефективності терапії використовували динаміку показників фізичного розвитку, клінічних та лабораторних даних, структури виявлених психологічних порушень.

Для доказу ефективності запропонованого способу надається табл. 1, яка відображає динаміку показників фізичного розвитку - маси тіла, індексу маси тіла (ІМТ), об'єму талії (ОТ), об'єму стегон (ОС) - на тлі застосування комбінованої лікарсько-психологічної терапії.

Таблиця 1

Динаміка показників фізичного розвитку хворих на ожиріння дітей в основній і контрольній групах (M±m)

Показники фізичного розвитку	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Маса тіла, кг	65,24±0,18	58,26±0,14*	66,52±0,23	62,34±0,12*
ІМТ, кг/м ²	28,02±4,58	25,18±8,12*	28,61±8,74	27,08±10,02
ОТ, см	86,16±0,32	78,08±0,26*	88,65±0,16	84,23±0,28*
ОС, см	98,71±0,19	90,83±0,45*	99,98±0,33	96,23±0,54

Примітка: * - p<0,05 - достовірність відмінностей щодо показників на початку лікування; ^υ - p<0,01 – достовірність відмінностей щодо контрольної групи.

У ході дослідження вивчалася динаміка показників вуглеводного (глюкоза плазми натще, інсулін ІРІ натще, індекс НОМА) і жирового (загальний холестерин, тригліцериди, холестерин

ЛПВЩ, холестерин ЛПДНЩ, холестерин ЛПНЩ) обмінів на тлі терапії. Результати спостереження представлені в табл. 2 і 3.

Таблиця 2

Динаміка показників вуглеводного обміну хворих на ожиріння дітей в основній і контрольній групах (M±m)

Лабораторний показник	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Глюкоза плазми натще, ммоль/л	5,58±0,16	5,25±0,14* ^υ	5,53±0,23	5,37±0,18
Інсулін ІРІ натще, мкЕд/мл	28,03±5,58	22,38±10,13* ^υ	28,41±10,78	26,11±14,10
Індекс НОМА	6,95±0,51	5,22±0,45* ^υ	6,98±0,33	6,23±0,45

Примітка: * - p<0,05 - достовірність відмінностей щодо показників на початку лікування; ^υ - p<0,01 - достовірність відмінностей щодо контрольної групи.

Таблиця 3

Динаміка показників жирового обміну хворих на ожиріння дітей в основній і контрольній групах (M±m)

Лабораторний показник	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Загальний холестерин, ммоль/л	5,16±0,25	4,34±0,14* ^υ	5,34±0,21	5,04±0,18
ХСЛПВЩ, ммоль/л	0,99±0,04	1,23±0,02* ^υ	0,96±0,03	1,12±0,04*
Тригліцериди, ммоль/л	1,46±0,07	1,21±0,02* ^υ	1,48±0,06	1,34±0,02*
ХСЛПДНЩ, ммоль/л	0,29±0,01	0,24±0,02* ^υ	0,30±0,02	0,27±0,03*
ХСЛПНЩ, ммоль/л	3,82±0,24	2,87±0,15* ^υ	3,78±0,22	3,07±0,13*

Примітка: * - p <0,05 - достовірність відмінностей щодо показників до початку лікування; ^υ - p <0,01 - достовірність відмінностей щодо контрольної групи.

Як видно з представлених даних, у всіх хворих на ожиріння дітей в результаті лікування відзначалося поліпшення показників вуглеводного і жирового обміну. Рівень глюкози плазми і активність інсуліну ІРІ натще, а також індекс інсулінорезистентності HOMA достовірно знизилися на тлі лікування лише в основній групі ($p < 0,01$), в контрольній групі відзначалася позитивна, але статистично не достовірна тенденція.

Всі діти основної та контрольної груп після закінчення курсу терапії пройшли повторне медико-психологічне обстеження із застосуванням методик М. Люшера, С. Розенцвейга та Г. Айзенка. Під час діагностичної бесіди з дитиною та її батьками з'ясовувалася думка самого хворого на свій нинішній стан, оцінка відношення до хвороби і задоволеності отриманим лікуванням. Результати проведених бесід показали, що $94,5 \pm 2,9$ % дітей основної групи змогли досить усвідомлено вказати основні причини розвитку та клінічні прояви своєї патології, в той час як серед хворих контрольної групи тільки $40,9 \pm 1,2$ % дітей змогли пояснити лікарю та психологу причини і ознаки свого захворювання ($p < 0,01$). Діти, які отримували в ході лікування комбіновану терапію, відзначали переважання оптимістичних настроїв над песимістичними, хоча до початку терапії в обох групах порівняння спостерігалася зворотна картина. Серед хворих контрольної групи емоційний фон і ставлення до свого майбутнього залишилися без істотних змін ($p < 0,01$). В цілому, діти, в терапії яких використовувалися психологічні методики, стали активніше, з більшою впевненістю дивилися в майбутнє, у них з'явилося бажання повноцінно спілкуватися з однолітками та оточуючими. $86,3 \pm 2,6$ % з них відзначали задоволення від проведеної терапії, не відчували більше страху перед лікарями, захворюванням і його ускладненнями.

Вивчення динаміки особистісних рис дітей з ожирінням в залежності від виду проведеної терапії, за даними колірної методики М. Люшера, виявило позитивну тенденцію: невпевненість, самотність, вразливість відзначалися у $42,4 \pm 1,2$ % хворих контрольної та у $26,0 \pm 0,9$ % основної групи ($p < 0,01$). Песимізм, що зустрічався на початку терапії у $52,5 \pm 1,5$ % хворих, склав у контрольній і

основній групах $42,4 \pm 1,4$ % і $19,2 \pm 0,5$ % спостережень - відповідно ($p < 0,01$). Тільки $8,2 \pm 0,3$ % хворих основної групи відзначали нездатність усунути розрив між собою і оточуючими, що значно відрізнялося від даних у контрольній групі ($37,9 \pm 0,9$ %; $p < 0,001$) і до початку терапії ($41,0 \pm 1,7$ %; $p < 0,001$). Комбінована лікарсько-психологічна терапія сприяла нормалізації психоемоційного стану та поліпшенню особистісних рис хворих, формуванню оптимістичних настроїв над песимістичними.

Отже, використання запропонованого способу лікування ожиріння у дітей забезпечує високу його ефективність за рахунок зміни механізмів психологічного захисту і створення ефективної системи поведінкових навичок у повсякденному житті дитини. Крім того, введення в його схему елементів сімейної психотерапії та навчальних програм з харчування дозволяє домогтися максимального ефекту у хворих, в етіологічному аспекті яких домінує неблагополуччя в сфері сімейних відносин.

Таким чином, у порівнянні з прототипом, запропонований спосіб лікування ожиріння у дітей шляхом застосування комбінованої лікарсько-психологічної терапії та препаратів рослинного походження є важливим патогенетичним методом, що не має протипоказань, не викликає побічних реакцій і ускладнень, сприяє комплаєнсності терапії, дозволяє досягти більш вираженого терапевтичного ефекту, забезпечує профілактику рецидивів такого надзвичайно небезпечного захворювання дитячого віку, як ожиріння.

Джерела інформації:

1. Наказ МОЗ України № 254 від 27.04.2006 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю "Дитяча ендокринологія», п. 1.18, Протокол надання медичної допомоги дітям, хворим на ожиріння.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. - М.: Геррус.-2000.-296 с.
3. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. - СПб.-2000.-272 с.
4. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - СПб.: Специальная литература, 1996.-454 с.