

Посилення мотивації пацієнтів щодо модифікації способу життя на тлі вживання препарату гуарової смоли

П.О. Колесник, Т.В. Король, І.В. Шушман, А.І. Прохорова

Ужгородський національний університет

Навчально-науковий тренінговий центр сімейної медицини та долікарської підготовки, м. Ужгород

У статті розглянуто питання поширеності надмірної маси тіла і ожиріння серед населення, що займається переважно розумовою працею, визначення рівня мотивації щодо зміни способу життя, а також оцінювання можливості посилення їхньої мотивації на тлі застосування препарату гуарової смоли Гуарем (Ogion Corporation, Фінляндія). Проведено скринінгове обстеження 161 особи: характер харчування, фізична активність, наявність шкідливих звичок, анкетування з метою визначення ступеня готовності (мотивованості) до зміни способу життя, а також дослідження показників ліпідограми.

Встановлено, що поширеність надлишкової маси тіла та ожиріння у груп населення з переважно розумовою і легкою фізичною працею є надзвичайно високою і становить 68% серед жінок і 73% серед чоловіків. У процесі динамічного спостереження за станом пацієнтів, яким проводили мотиваційне консультування на тлі вживання препарату гуарової смоли Гуарем відзначено посилення мотивації щодо дотримання рекомендацій порівняно з пацієнтами, яким проводили тільки вербальну мотивацію.

Ключові слова: мотивація, сімейна медицина, доказовий скринінг, модифікація способу життя.

Ожиріння – хронічне захворювання, що характеризується надмірним накопиченням жирової тканини в організмі. ВООЗ розглядає ожиріння як епідемію, що охопила мільйони людей. За даними, наведеними на Х Міжнародному конгресі з ожиріння (Сідней, вересень 2006 р.), у світі зареєстровано понад 250 млн хворих на ожиріння, причому відзначається неухильна тенденція до зростання їхньої кількості у більшості країн світу [1].

Загальнодержавна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) (22.01.2010 р. № 1841-VI) передбачає зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення від найчастіших популяційних захворювань шляхом формування і налагодження ефективного функціонування даної ланки на засадах сімейної медицини. Однак в Україні на сьогодні профілактика захворювань та їхніх доказовий скринінг залишаються декларативними, що проявляється не своєчасним виявленням захворювань та їхніх ускладнень. Одним з найважливіших напрямків профілактики та лікування ожиріння на рівні ПМСД є модифікація способу життя людини. Це можливо лише при досягненні достатнього рівня індивідуального комплаєнсу у відносинах «лікар–пацієнт» та знання лікарем загальної практики чіткої доказової стратегії діагностики та лікування ожиріння і супутніх захворювань.

Результати дослідження свідчать, що саме мотивація є найкращим внутрішнім предиктором здатності індивідуумів дотримуватися програми модифікації способу життя. Необхідно зазначити, що рівень мотивації змінюється протягом життя під впливом низки зовнішніх та внутрішніх факторів,

а до завдань сімейного лікаря входить вчасне виявлення готовності пацієнта до позитивних змін та сприяння її посиленню. Ступінь мотивації, притаманний пацієнту на даному етапі, може бути надійно оцінений за допомогою спеціально розроблених опитувальників [2]. Лікарі постійно закликають пацієнтів до зміни поведінки, до здорового харчування, адекватної фізичної активності і припинення куріння. Але низька ефективність профілактичних бесід пов'язана з тим, що фахівці не володіють навичками мотиваційного консультування щодо здорового способу життя, які мають доведену ефективність у підвищенні рівня прихильності пацієнтів до його модифікації [3, 4]. У зв'язку з цим, поряд зі скринінгом ожиріння у рутинній практиці сімейного лікаря, необхідно проводити оцінювання рівня мотивації цих пацієнтів до зміни способу життя, а також оптимізувати способи її посилення.

Підхід мотиваційного консультування відрізняється від деяких інших моделей консультування, він не зосереджений на «Я зміни тебе». Його можна скоріше охарактеризувати як «Якщо ви хочете, я можу допомогти вам змінитися».

Чотирма керівними принципами мотиваційного консультування є висловлення емпатії, розстановка пріоритетів, боротьба з опором і підтримка впевненості у собі.

Принцип емпатії передбачає надання пацієнтам атмосфери поваги і визнання їхнього стану. Приклад сценарію на цьому етапі консультування: «Схоже, постійно виконувати вправи і дотримуватися дієти дуже нелегко. Іноді може з'явитися зневіра у своїх силах. Що Вам дається найважче?». Емпатія – це термін, який характеризує здатність увійти у світ сприйняття іншої людини, побачити його так, як його бачить пацієнт. Отже, емпатія є спроможністю безпомилково розібратися у почуттях іншої людини та повідомити про розуміння її почуттів.

Другий принцип мотиваційного консультування передбачає створення «розриву» між поточною поведінкою пацієнта і його віддаленими цілями, спонукаючи тим самим до зміни способу життя. Коли пацієнт визнає такі розбіжності, з'являється певний рівень невдоволення ситуацією сьогодення, що відкриває перед ним імовірність змін. Цей принцип передбачає вивчення важливих життєвих цінностей пацієнтів, аналіз нинішніх моделей поведінки, що впливають на їхній ідеальний спосіб життя і формування розриву між негативом сьогодення і можливостями майбутнього. Приклад сценарію: «Отже, з одного боку Вам важко знайти час для щоденного тренування, але з іншого боку – заняття фізичними вправами допоможе Вам почувати себе краще і допоможе схуднути. Отже, як Ви вважаєте, який спосіб фізичної активності Вам підійшов би найкраще?»

Лікарю треба бути готовим, що з'явиться *необхідність подолати небажання* пацієнта змінити спосіб життя. Пацієнт захищає свій рутинний стереотип, вироблений за певний час. Приклад сценарію: «Це може бути дуже складно – змінити свій спосіб життя, особливо, коли йде мова про звички.

Цілоком нормально хотіти повернутися до старих звичок, адже дуже важко змінити вироблений стереотип поведінки. Перед Вами, як і перед кожним пацієнтом, постають певні бар'єри. Давайте обговоримо їх... Чи можу я запропонувати Вам способи, які допомогли іншим подолати ці перепони?».

Формування впевненості у собі, або впевненість у зміні конкретної поведінки у важких обставинах слід підтримувати, коли це можливо, тому що це один з кращих предикторів ефективного лікування. Впевненість у собі можна посилити, підтвердивши минулий успіх (принцип зміцнення), згадуючи історії успіху інших людей (принцип моделювання), і висловлюючи свою віру в потенціал клієнта, підбадьорюючи його. Приклад сценарію: «Я знаю, що Ви вже пробували схуднути, незважаючи на труднощі. Що допомогло Вам тоді? Іноді розуміння попередніх невдач може бути корисним і допомогти у майбутньому» [5–7].

Зворотний зв'язок є складовою, що підводить учасників до самоаналізу, це потужний засіб освоєння нового досвіду. Лікар має бути достатньо проникливим, щоб помітити зміни у поведінці пацієнтів та реагувати на ці зміни у відповідний момент. Оптимальна стратегія надання зворотного зв'язку «лікар–пацієнт» – це допомогти пацієнту самостійно відзначити зміни, зробити відповідні висновки та спланувати подальші дії. У жодному разі лікарі не повинні оцінювати ці зміни та інтерпретувати їх, навіть якщо учасники звернуться за проханням прокоментувати зміни та вирішити «вірні» вони чи ні. Зворотний зв'язок – це не критика або порада. Зворотний зв'язок надає інформацію щодо дії, результату та їхніх наслідків. Респондент сам приймає рішення та відповідає за його наслідки.

Доцільно наводити ілюстрації і коментувати їх під час консультування. Успіх ілюстрованої консультації значно зростає у результаті використання методик запитань та аудіовізуальних засобів, таких, як слайди, фліп-карти тощо [8].

Існує багато методів посилення мотивації пацієнта щодо змін способу життя, але їхня ефективність відрізняється. Ми вивчали ефективність поєднаного застосування мотиваційного консультування і лікарських засобів. За рекомендаціями Європейського товариства з атеросклерозу, одним із важливих факторів впливу на глобальний серцево-судинний ризик є застосування харчових волокон (у кількості 30–45 г/добу). У зв'язку з цим, згідно рекомендацій з діагностики, профілактики та лікування дисліпідемій, опублікованою Європейським товариством кардіологів, а також Українською Асоціацією кардіологів, у контексті модифікації способу життя важливим є збільшення кількості харчових волокон у раціоні. У клінічній практиці ефективно використовують розчинні харчові волокна смоли гуарової (Guar gum).

Смола гуарова є харчовою клітковиною, яку одержують з ендосперму насіння *Suamopsis tetragonolobus*, містить до 70% вищого полісахариду галактоманану. Вона не абсорбується з травного тракту, частково розкладається бактеріями та приблизно на 20% збільшує об'єм калових мас [9]. Це продукт рослинного походження, тому натуральний лікарський препарат смоли гуарової – Гуарем (Orion Corporation, Фінляндія) можна використовувати у звичайному раціоні під час їжі, розчиняючи у будь-якій рідині (сік, вода, молоко) або додавати у будь-яку їжу. Оскільки препарат не має системної дії, а впливає лише на рівні травного тракту, препарат смоли гуарової можуть вживати діти, вагітні і жінки в період лактації тривалий час. Смола гуарова з водою утворює в'язкий гел. На сьогодні відзначається тенденція до ширшого застосування природних гелеутворювачів. Засоби на їхній основі стабільні у широкому інтервалі рН (від 3 до 12), термостабільні, стійкі за додавання низки речовин (етанол, кислоти і луги, електроліти тощо) [9, 10]. Препарат, завдяки гелеутворювальній здатності, значно збільшує в'язкість рідкої їжі і за рахунок потовщення ди-

фузійного шару вуглеводів біля ворсинок слизової оболонки тонкої кишки уповільнює їхнє всмоктування. Збільшуючи обсяг хімусу й уповільнюючи спорожнення шлунка, гуар забезпечує швидке відчуття насичення. Таким чином, Гуарем знижує відчуття голоду і кількість спожитої їжі.

Зменшення абсорбції вуглеводів у тонкому кишечнику призводить до зниження піків гіперглікемії та концентрації інсуліну. Зменшення рівня холестерину у сироватці зумовлене зниженою його абсорбцією, підвищеною секрецією жовчних кислот, а також підвищеним метаболізмом холестерину у печінці. За даними клінічних досліджень, на фоні вживання препарату Гуарем відзначається достовірне зниження постпрандіальної глікемії [13–16], зниження середньодобового систолічного і діастолічного артеріального тиску (АТ), зменшення окружності талії (ОТ) і окружності стегон (ОС) [11, 17, 18]. Зниження діастолічного АТ може бути частково пов'язане з одночасним зниженням концентрації холестерину у сироватці крові [12]. Крім того, додаткове вживання препарату Гуарем дозволяє скорегувати дефіцит розчинних харчових волокон у щоденному раціоні харчування.

Мета дослідження: аналіз поширеності надлишкової маси тіла та ожиріння серед населення, що займається переважно розумовою працею, визначення рівня мотивації цих осіб щодо зміни способу життя, а також оцінювання ефективності поєднаного застосування мотиваційного консультування і лікарського засобу Гуарем для досягнення позначених цілей.

Завдання дослідження:

1. Оцінити поширеність надмірної маси тіла та ожиріння в осіб, що займаються переважно розумовою працею.
2. Визначити рівень мотивації пацієнтів з індексом маси тіла (ІМТ) >25 до модифікації способу життя за допомогою стандартної анкети.
3. Оцінити способи посилення мотивації щодо змін способу життя у когорті тематичних пацієнтів із ІМТ > 25, зокрема із застосуванням препарату Гуарем при динамічному спостереженні протягом 3 місяців.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під час першого етапу дослідження нами проведено скринінгове обстеження 161 мешканця м. Ужгород. Обстеження проводили 12 лікарів-інтернів з фаху ЗПСМ, а також сімейні лікарі амбулаторій м. Ужгорода у 2015–2016 роках. Були обстежені особи, що займалися переважно розумовою та легкою фізичною працею (бібліотекарі, викладачі, лікарі, офісні працівники). За статтю респонденти були розподілені наступним чином: 62 чоловіка і 99 жінок. Середній вік респондентів – 47 ± 12 років.

Респондентам проводили анкетування щодо характеру їхнього харчування, фізичної активності, шкідливих звичок, розуміння ролі факторів, що впливають на здоров'я, а також визначення ІМТ, ОТ. Крім того, їх було опитано за допомогою спеціальної анкети для визначення ступеня готовності (мотивованості) до змін способу життя (Readiness Questionnaire № 2, Idea Health and Fitness Association). Дана анкета складається з 5 питань і оцінює ступінь мотивації від 1 до 5 балів. Інтерпретація результатів відбувалася шляхом оцінювання сумарної кількості набраних балів: 0–10 балів – низька мотивованість, 11–20 балів – середня мотивованість, більше 20 балів – висока мотивованість.

З метою оцінювання ризику серцево-судинних подій усім тематичним пацієнтам проводили забір крові для визначення показників ліпідогрामी: загального холестерину (ЗХ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), тригліцеридів (ТГ) спектрофотометричним методом (SIEMENS Dimension RxL Max).

На першому етапі дослідження було проведено мотиваційне консультування усіх пацієнтів щодо здорового спосо-

бу життя з використанням відкритих запитань, зворотного зв'язку, принципів емпатії, рефлексії, зорового контакту, демонстрації (пацієнтам була продемонстрована «здорова тарілька»). Після етапу скринінгу було відібрано 44 пацієнти з $IMT \geq 25$, які, за результатами анкетування, мали вихідний однаковий (середній) ступінь мотивації щодо модифікації способу життя. Після цього пацієнтів було розподілено методом випадкової вибірки на дві групи, які були рандомізовані за статтю, віком та IMT . Слід зазначити, що п'ять пацієнтів було виключено з дослідження через невиконання умов дослідження (вони не дотримувалися рекомендованого режиму вживання препарату або не з'явилися на кінцеве обстеження).

У I групу увійшли 28 пацієнтів з $IMT \geq 25$, яким після проведення мотиваційного консультування з дотримання рекомендацій щодо здорового способу життя було запропоновано пройти тримісячний курс вживання лікарського засобу гуарової смоли Гуарем (Orion Corporation, Фінляндія). Гуарем пацієнти вживали розведеним у склянці води 3 рази на добу за 20–30 хв до їди.

У II групу (контрольну) увійшли 16 пацієнтів з $IMT \geq 25$, яким на початку дослідження було проведено лише мотиваційне консультування, під час якого пропонувалося дотримуватися рекомендацій щодо здорового способу життя.

Через 3 міс пацієнтів обох груп було повторно опитано за описаними вище анкетами, а також було проведено комплекс загально-клінічних і лабораторних досліджень, аналогічні тим, що проводили на початку дослідження. У всіх пацієнтів наприкінці дослідження було також оцінено ступінь мотивації щодо продовження програми модифікації способу життя. Результати анкетування було порівняно з вихідними.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

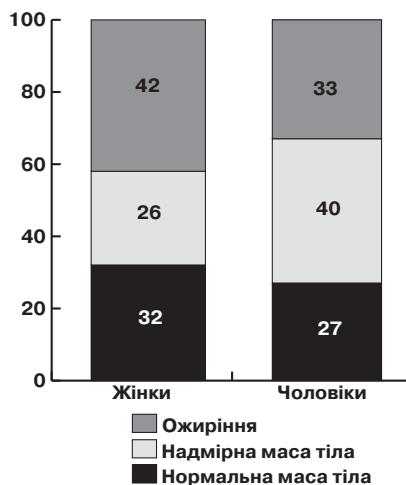
На першому етапі дослідження був проведений скринінг ожиріння у 161 особи, які займаються переважно розумовою або легкою фізичною працею. Було встановлено, що серед 99 опитаних жінок нормальна маса тіла була виявлена лише у 32%. Натомість $IMT > 25$ було зареєстровано у 67 (68%) жінок, причому у 42% з них виявлено ожиріння. Серед обстежених 62 чоловіків лише 27% мали нормальну масу тіла, 40% – надмірну, у 33% чоловіків виявлено ожиріння (мал. 1).

Під час оцінювання частоти виявлення надмірної маси тіла і ожиріння у різних вікових групах було виявлено, що серед осіб до 40 років нормальна маса тіла спостерігалася у 50% обстежених. Серед решти 50% пацієнтів з $IMT > 25$ у 38% осіб виявлено ожиріння. У віковій групі 40–49 років лише 20% опитаних мали нормальну масу тіла, а у 50% осіб цієї вікової групи виявлено ожиріння. У віковій групі 50–59 років лише 20% респондентів мали нормальну масу тіла, у 42% виявлено ожиріння. Серед респондентів віком більше 60 років нормальна маса тіла була у 31% осіб, 40,7% мали ожиріння, у решти діагностовано надлишкову масу тіла.

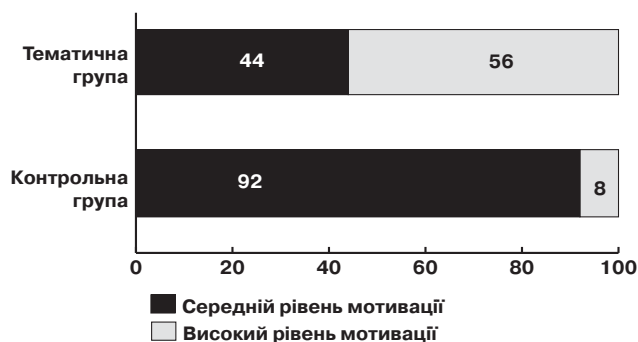
Аналіз результатів проведеного скринінгу свідчить про те, що більше ніж у 2/3 обстежених пацієнтів виявлено зайву масу тіла, а у 32 (42%) пацієнтів зареєстровано ожиріння. З'ясовано, що з віком маса тіла збільшується і сягає максимуму у віці 50–59 років.

Серед обстежених респондентів було відібрано 44 пацієнти з надлишковою масою тіла та ожирінням, які мали бажання продовжити участь у подальшому дослідженні. Усім тематичним пацієнтам визначали ризик фатальних серцево-судинних (СС) подій за шкалою SCORE та за результатами показників ліпідограми. У тематичних пацієнтів було визначено помірний і низький кардіоваскулярний ризик на фоні дисліпідемії.

Групу I складало 28 пацієнтів з надмірною вагою і ожирінням (15 пацієнтів мали надмірну масу тіла, 13 пацієнтів – ожиріння).



Мал. 1. Частота виявлення осіб з надмірною масою тіла та ожирінням серед обстежених осіб



Мал. 2. Ступінь мотивації пацієнтів тематичної і контрольної груп після 3 міс дослідження

Середня маса тіла пацієнтів цієї групи на початку дослідження становила $91,3 \pm 2,03$ кг. Пацієнтам I групи після мотиваційного консультування (рекомендації щодо здорового харчування і фізичної активності), призначали тримісячний курс вживання Гуарему. Слід зазначити, що 5 пацієнтів було виключено з дослідження: 2 – через виникнення діареї на фоні вживання препарату, а 3 – через недотримання режиму вживання препарату.

II групу (контрольну) було сформовано з 16 пацієнтів з $IMT \geq 25$ (9 пацієнтів мали надмірну масу тіла, 7 пацієнтів – ожиріння), яким було проведено лише мотиваційне консультування щодо здорового способу життя і запропоновано пройти повторне обстеження через 3 міс. Середня вага пацієнтів цієї групи на початку дослідження становила $76,5 \pm 7,8$ кг.

Через 3 міс мало вирішуватися питання щодо доцільності призначення статинотерапії, якщо запропоновані заходи не дозволили досягти цільових показників ліпідограми.

На другому етапі дослідження через 3 міс після мотиваційного консультування пацієнтів обох груп проводили оцінювання рівня мотивованості пацієнтів дотримуватися рекомендованих їм принципів здорового способу життя.

У пацієнтів I групи на тлі вживання препарату Гуарем виявляли тенденцію до зниження середньої маси тіла. Так, їхня маса тіла на початку дослідження становила $91,3 \pm 2,03$ кг, а наприкінці дослідження – $89,5 \pm 1,73$ кг (зниження на 2 кг). Усі пацієнти відзначали зменшення апетиту, швидке відчуття насичення, що призводило до зменшення кількості вжитої їжі, покращувало переносимість зміни харчових звичок у разі необхідності дотримання дієти. На-

томість у II групі відзначено певне зростання середньої маси тіла з $76,5 \pm 7,8$ кг до $78,5 \pm 7,8$ кг, проте отримані динамічні зміни в обох групах не були вірогідними, можливо, через малу вибірку і нетривалий час дослідження ($p > 0,05$).

У пацієнтів обох груп було визначено показники ліпідограми на початку та наприкінці дослідження. У пацієнтів тематичної групи на тлі вживання гуарової смоли відзначалося зниження усіх показників ліпідного обміну наприкінці спостереження, на відміну від тематичної групи, проте зміни не були вірогідними ймовірно через малу вибірку. Так середній показник ЗХ у тематичній групі знизився з $5,88 \pm 0,27$ ммоль/л до $4,86 \pm 0,24$ ммоль/л ($p > 0,05$), натомість середній показник ЗХ у пацієнтів контрольної групи на початку дослідження становив $5,42 \pm 0,69$ ммоль/л, а через 3 міс мав тенденцію до підвищення (до $5,58 \pm 0,59$ ммоль/л) ($p > 0,05$). Відзначено тенденцію до зниження показника ЛПВЩ у пацієнтів тематичної групи на тлі вживання препарату Гуарем з $1,2 \pm 0,09$ ммоль/л до $1,19 \pm 0,06$ ммоль/л, у пацієнтів контрольної групи на початку дослідження становив $1,37 \pm 0,47$ ммоль/л, а через 3 міс він збільшився до $1,48 \pm 0,57$ ммоль/л ($p > 0,05$). Середній показник ЛПНЩ у пацієнтів тематичної групи незначно знизився на тлі вживання препарату Гуарем з $3,4 \pm 0,26$ ммоль/л до $3,24 \pm 0,25$ ммоль/л, у пацієнтів контрольної групи – з $3,69 \pm 0,52$ ммоль/л до $3,53 \pm 0,55$ ммоль/л ($p > 0,05$). Середній показник ТГ у тематичній групі на початку дослідження був $1,41 \pm 0,24$ ммоль/л, а наприкінці дослідження становив $1,3 \pm 0,24$ ммоль/л. У контрольній групі цей показник знизився з $1,48 \pm 0,89$ ммоль/л до $1,32 \pm 0,84$ ммоль/л ($p > 0,05$). Під час аналізу ліпідограми пацієнтів на початку та наприкінці дослідження було встановлено, що показники ліпідограми вірогідно не відрізнялися у пацієнтів обох груп ($p > 0,05$).

Усім респондентам наприкінці дослідження було проаналізовано ступінь мотивації щодо дотримання принципів здорового способу життя (мал. 2).

У пацієнтів обох груп наприкінці дослідження було встановлено однаковий середній рівень мотивації до модифікації способу життя, який становив $15,3 \pm 0,85$ бала. Середній показник мотивації наприкінці дослідження у тематичній групі становив $20,4 \pm 0,83$ бала і був вірогідно вищим за середній показник мотивації у пацієнтів контрольної групи, який становив $14,6 \pm 0,9$ бала ($p < 0,01$). Як видно з мал. 2, у тематичних пацієнтів I групи на тлі вживання препарату гуарової смоли спостерігали вірогідне зростання чис-

ла сильно мотивованих пацієнтів: наприкінці дослідження високий ступінь мотивації мали 56% респондентів, а середній ступінь мотивації – лише 44% респондентів. Серед респондентів контрольної групи мотивованість середнього ступеня мали 92% респондентів, а мотивованість високого ступеню – лише 8% респондентів ($p < 0,05$). У жодній з груп не було респондентів з низьким рівнем мотивації.

Таким чином, у пацієнтів тематичної групи, які протягом 3 міс отримували препарат гуарової смоли Гуарем, встановлено вірогідно більшу кількість респондентів, сильно мотивованих у зміні способу життя, порівняно з пацієнтами, яким було проведено лише мотиваційне консультування на початку дослідження. Це свідчить про те, що мотивація до модифікації способу життя після мотиваційного консультування, яка не була підкріплена вживанням даного гелеутворювального препарату протягом 3 міс, згасала у пацієнтів контрольної групи. Натомість у пацієнтів тематичної групи мотивація щодо здорового способу життя підкріплювалася, очевидно, необхідністю щоденного неодноразового вживання даного лікарського засобу з метою схуднення.

Як видно, застосування препарату Гуарем після проведення мотиваційного консультування дозволяє досягти кращих результатів у підкріпленні і посиленні мотивації до модифікації способу життя пацієнтів з надмірною масою тіла і ожирінням порівняно з особами, яким проводиться лише вербальна мотивація.

ВИСНОВКИ

1. За результатами незалежного скринінгового анкетування було виявлено, що поширеність надмірної маси тіла та ожиріння у груп населення з переважно розумовою та легкою фізичною працею є надзвичайно високою і складає 68% серед жінок та 73% серед чоловіків, зростає з віком, що вимагає розробки індивідуальної програми комплексної корекції.

2. Застосування препарату Гуарем після проведення мотиваційного консультування дозволило досягти кращих результатів для підкріплення і посилення мотивації до модифікації способу життя у групі пацієнтів з надмірною масою тіла та ожирінням порівняно з особами, яким проводиться лише вербальна мотивація.

3. Застосування препарату Гуарем (3 рази на добу за 20–30 хв до вживання їжі) доцільно пацієнтам з низьким і помірним ризиком кардіоваскулярних подій.

Strengthening of the motivation for lifestyle modification in patients receiving the guar gum drug

P.O. Kolesnik, T.V. Korol, I.V. Shushman, A.I. Prohorova

The article deals with the question of the prevalence of overweight and obesity among the cohort of mental profession. It determines the level of their motivation for lifestyle changes, as well as possibility to enhance their motivation while using of the guar gum Guarem drug (Orion Corporation, Finland). 161 persons were skinned for diet habits, physical activity, the presence of risk factors as well as dislipidemia. Motivation for lifestyle changes was evaluated.

It was found that the prevalence of overweight and obesity in population with predominantly mental and light physical labor, is extremely high at 68% women and 73% men and incidence increased with age. While dynamic monitoring of the patients, who underwent motivational counseling while taking the drug guar gum Guarem, noted strengthening of motivation to comply with the recommendations, compared with patients who received only verbal motivation.

Key words: motivation, family medicine, evidence-based screening, lifestyle modification.

Усиление мотивации пациентов относительно модификации образа жизни на фоне приема препарата гуаровой смолы

П.О. Колесник, Т.В. Король, И.В. Шушман, А.И. Прохорова

В статье рассмотрен вопрос о распространенности избыточного веса и ожирения среди населения, занимающегося преимущественно умственным трудом, определении уровня мотивации этих лиц по изменению образа жизни, а также оценка возможности усиления их мотивации на фоне приема препарата гуаровой смолы Гуарем (Orion Corporation, Финляндия). Проведено скрининговое обследование 161 человека: характер питания, физическая активность, наличие вредных привычек, анкетирование с целью определения степени готовности (мотивированности) к изменению образа жизни, а также исследование показателей липидограммы. Установлено, что распространенность избыточной массы тела и ожирения у групп населения с преимущественно умственным и легким физическим трудом, является чрезвычайно высокой и составляет 68% среди женщин и 73% среди мужчин. В процессе динамического наблюдения за состоянием пациентов, которым проводили мотивационное консультирование на фоне препарата гуаровой смолы Гуарем, отмечено усиление мотивации по соблюдению рекомендаций по сравнению с пациентами, которым проводили только вербальную мотивацию.

Ключевые слова: мотивация, семейная медицина, доказательный скрининг, модификация образа жизни.

ГУАРЕМ (смола гуаровая)

Гуарем гранулы представляют собой пищевые волокна, которые получают из эндосперма семян тропического растения Guar plant *Cyamopsis tetragonolobus* (семейство бобовых). Смола гуаровая является полисахаридом, образующим с водой вязкий гель.



PC №UA/6860/01/01

- ✓ **натуральный лекарственный препарат**
- ✓ **сочетается с обычным рационом**
- ✓ **снижает чувство голода**
- ✓ **ускоряет насыщение, приводит к уменьшению количества потребляемой пищи**
- ✓ **снижает всасывание жиров и углеводов**
 - ✓ снижает уровень холестерина в крови
 - ✓ снижает уровень сахара в крови
 - ✓ приводит к снижению массы тела
- ✓ **не обладает системным действием, действует только в пищеварительном тракте**
- ✓ **можно принимать во время беременности и кормления грудью**
- ✓ **возможен длительный прием**

Гуарем рекомендовано принимать внутрь во время еды.

Гранулы Гуарем можно растворить в любой жидкости (компот, сок, вода, молоко) или добавить в любое подходящее блюдо.

Годен до/
Придатний до:
Серія №/
Серія №:

**ORION
PHARMA**

Гуарем 5 г
гранулы для приготовления розчину
для перорального застосування

Склад: Смола гуарова 5 г

Інструкція по застосуванню:
Надмірна вага: по 1 пакетик (5 г) або по 1 мірній ложці гранул (5 г) 3 рази на добу під час їжі.
Діабетичний обабел: по 1 пакетик (5 г) або по 1 мірній ложці (5 г) 3 рази на добу під час їжі.
Гіперхолестеринемія: по 1 пакетик (5 г) або по 1 мірній ложці гранул (5 г) 2-5 рази на добу під час їжі.
Гуарем, гранули, завжди слід приймати або змішувати їх з їжею, або відповідною рідиною (вода, сік, молоко та ін.) разом з їжею.
Суміш слід одразу ковтати.
На одну дозу гранул слід випити не менше однієї склянці рідини.
Зберігати при кімнатній температурі (15-25 °С), в сухому, недоступному для дітей місці.
РП в Україні № UA/6860/01/01
Виробник:
Оріон Корпорейшн, Фінляндія

125928-1

ORION

Состав лекарственного средства. Действующее вещество: 1 пакетик/доза содержит 5 г смолы гуаровой. **Показания к применению.** Ожирение. Сахарный диабет взрослых, при котором наблюдается ожирение, и терапия лишь за счет диеты не дает желаемых результатов. Сахарный диабет взрослых, при котором первичный прием пероральных препаратов не позволяет достичь достаточного терапевтического эффекта, и в том случае, когда не возможен переход на терапию комбинацией сульфонилмочевина-бигуанид. Плохо контролируемый сахарный диабет взрослых, при котором, несмотря на максимальную пероральную терапию, не достигается даже минимальный эффект, и когда перевод на инсулинотерапию является нежелательным. Ювенильный сахарный диабет и сахарный диабет взрослых в тех случаях, когда необходимо предотвратить очень высокую постпрандиальную гипергликемию. Гиперхолестеринемия у больных, уровень холестерина у которых не снижается до требуемого уровня, несмотря на диетотерапию.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к смоле гуаровой. Сужение или непроходимость желудочно-кишечного тракта. **Побочные эффекты.** Побочные эффекты смолы гуаровой преимущественно легкие и кратковременные. Побочные эффекты, главным образом, связаны с пищеварительным трактом. Наиболее распространенным является метеоризм, который возникает приблизительно у 50% пациентов. Кроме того, может возникнуть боль в животе, тошнота или диарея. Непроходимость пищевода или тонкого кишечника чрезвычайно редко вызвана смолой гуаровой, приблизительно в 50% таких случаев у пациентов были нарушения функции пищевода или кишечника в анамнезе. Вдыхание пыли смолы гуаровой может повлечь аллергический ринит или апноэ во время сна. У лиц с индивидуальной непереносимостью смолы гуаровой возможны реакции гиперчувствительности. **Производитель.** Орион Корпорейшн, Финляндия/Orion Corporation, Finland. Орионинtie 1, 02200 Эспоо, Финляндия/Orionintie 1, 02200 Espoo, Finland или Орион Корпорейшн, Финляндия/Orion Corporation, Finland. Тенгстроминкату 8, 20360, Турку, Финляндия/Tengstrominkatu 8, 20360 Turku, Finland.

Материал предназначен для специалистов. Полная информация содержится в инструкции по медицинскому применению

Сведения об авторах

Колесник Павел Олегович – Кафедра терапии и семейной медицины, факультет последипломного образования Ужгородского национального университета, Научно-тренинговый консультативно-диагностический Центр семейной медицины и доврачебной помощи, 88000, г. Ужгород, ул. Собранецкая, 148; тел.: (050) 977-90-96. *E-mail: dr.kolesnyk@gmail.com*

Король Тимеа Васильевна – Виноградский центр первичной медицинско-санитарной помощи, 90300, г. Виноградово, ул. Больничная, 13; тел.: (066) 005-35-17. *E-mail: timeakorol@gmail.com*

Шушман Ивана Владимировна – Факультет последипломного образования Ужгородского национального университета, 88000, г. Ужгород, ул. Собранецкая, 148. *E-mail: shushman90@mail.ru*

Прохорова Аита Ивановна – Кафедра общественного здоровья Ужгородского национального университета, 88000, г. Ужгород, ул. Другетов 91; тел.: (095) 218-24-92. *E-mail: sergii.prohorov@yandex.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Тронько М.Д. Эндокринні аспекти метаболічного синдрому. / Тронько М.Д., Лучицький Є.В., Паньків В.І. – Київ-Чернівці, 2005. – С. 184.
2. How to motivate and retain your clients / Published by IDEA Health & Fitness Association. – 2002. – P. 4.
3. Пономаренко В.М. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації / Пономаренко В.М., Ціборівський О.М., Євсєєв В.І. // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2009. – № 2. – С. 57–61.
4. Порохняк-Гановська Л. Сімейна медицина – вперш за все профілактична / Порохняк-Гановська Л. // Українські медичні вісті. – 2008. – С. 108–110.
5. Evaluating family history for preventive medicine and public health. [Електронний ресурс] // CDC. – 2007. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.cdc.gov/genomics/activities/famhx.htm>.
6. Lapasin R., Pricl S. Rheology of Industrial Polysaccharides: Theory and Application. – Glasgow: Blackie. Academic and Professional, 2000. – 220 p.
7. Shiloh S, Rashuk-Rosenthal D, Benyamini Y. Illness causal attributions: an exploratory study of their structure and associations with other illness cognitions and perceptions of control. *Behav Med.* 2002;25(4):373–94. [PubMed]
8. Аста-Марія Кенней. Посібник для тренера / Аста-Марія Кенней, Покотило Л.І, Голоцван О.А., Грищенко О. В. // Київ, 2010. – С. 22–23, 41–42.
9. Thays Soliman Soares, Carla Haas Piovesan, Andréia da Silva Gustavo, Fabrício Edler Macagnan, Luiz Carlos Bodanese, and Ana Maria Pandolfo Feoli Alimentary Habits, Physical Activity, and Framingham Global Risk Score in Metabolic Syndrome // *Arq Bras Cardiol.* 2014 Apr;102(4):374-82 [PubMed]
10. Как действует Гуарем [Электронный ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://guarem.com.ua/instruction>.
11. Баранова И.И. Изучение структурно-механических и физико-химических свойств гелевых основ ксантаном / И.И. Баранова // Запорожский медицинский журнал. – 2008. – № 5. – С. 106–108.
12. Баранова І.І. Створення оптимальних селективних композицій за допомогою галактомананів / І.І. Баранова // Вісник фармації. – 2009. – № 3 (59). – С. 46–48.
13. Кравчук Н.А. Использование пищевых волокон в комплексной терапии сахарного диабета II типа. *Международный эндокринологический журнал.* № 6 (62), 2014. – С.60-65.
14. Корж А.Н. Оценка эффективности и безопасности гуарема у пациентов со стабильной стенокардией и нарушением толерантности к глюкозе. *Журнал «Семейная медицина».* №4 (54), 2014. – С. 93-98.
15. Паньків В.І. Влияние Гуарема на состояние углеводного и липидного обмена веществ, антропометрические показатели у больных сахарным диабетом II типа. *Международный эндокринологический журнал.* №3 (67), 2015. – С. 87–91.
16. Приходько В.Ю. Гуарем в лечении пациентов с дислипидемией и избыточной массой тела: оптимизация гиполипидемической терапии. *Журнал «Семейная медицина».* №3 (65), 2016. – С. 33–38.
17. Митченко Е.И. Лечение ожирения с использованием пищевых волокон у больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом. *Журнал «Семейная медицина».* – 2015. – № 3. – С. 164–168.
18. Приходько В.Ю. Эффективность препарата Гуарем в комплексной терапии пациентов с избыточной массой тела и метаболическим синдромом. *Журнал «Семейная медицина».* – 2015. – № 1 (57). – С. 75-81.

Статья поступила в редакцию 15.11.2016