

ШЛЯХИ ЗМЕНШЕННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2, ЯКИМ ВПЕРШЕ БУЛО ПРИЗНАЧЕНО ІНСУЛІНОТЕРАПІЮ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Віталій І. Катеренчук

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Військовий конфлікт в Україні призвів до посилення впливу факторів, які погіршують контроль глікемії та обумовив появу ряду нових. Перебування в умовах хронічного стресу з епізодами загострень, порушення режиму дня та харчування, перехід на вживання напівфабрикатів та висококалорійних недієтичних продуктів прогнозовано призвели до погіршення компенсації діабету. До цього додалися обмеження в доступі до засобів діагностики (лабораторної та тест-смужок для самоконтролю), медикаментів та своєчасної медичної допомоги. Як наслідок протягом перших трьох місяців війни суттєво зросла кількість декомпенсованих форм діабету. Виразна симптоматична гіперглікемія з ознаками декомпенсації (втрата маси тіла, поліурія, виразна гіперглікемія) та асимптоматичні форми з перевищенням рівня глікованого гемоглобіну 9,0% на фоні застосування цукрознижувальних препаратів визначають потребу в терміновій інтенсифікації терапії, основним засобом якої є призначення інсулінотерапії.

У той же час початок ін'єкційної терапії, зокрема інсулінотерапії, супроводжується психологічними проблемами, до основних з яких відносяться: боязнь діабету та його ускладнень, страх виконання ін'єкцій, страх гіпоглікемій. Під час війни ці побоювання доповнюються страхом відсутності доступу до медикаментів, неможливість забезпечення коректних умов зберігання інсуліну, невпевненість в можливості отримання невідкладної допомоги. Як наслідок, емоційний стан пацієнтів, яким призначають інсулінотерапію є пригніченим, депресивним, з відсутністю віри в успішність терапії та свого майбутнього. Нами проаналізовані дані 32 пацієнтів з діабетом типу 2, яким вперше було призначено інсулінотерапію під час війни. При оцінці за шкалою EQ-5D 5-Level понад половина пацієнтів

(17 осіб, 53%) вказувала що відчуває надзвичайно сильну тривогу чи депресію, у 25% пацієнтів вона була сильною та у 22% помірною. При цьому виразність депресії не залежала від оцінки пацієнтом свого стану здоров'я, який варіював від 25% до 90%.

Для подолання проблем, пов'язаних з початком інсулінотерапії, вкрай важливим є вирішення ряду питань: створення повноцінного контакту між лікарем і пацієнтом, довіра до лікаря, максимально повне висвітлення потреби у початку інсулінотерапії, подолання страхів, справжніх та мнмих заперечень. Дуже важливими моментами, які дозволяють підвищити схильність хворого до терапії є також простота режиму терапії та простота алгоритму титрування інсуліну. Призначення режиму багаторазових ін'єкцій суттєво знижує схильність пацієнтів до проведення інсулінотерапії та посилює депресивні розлади. З усіма пацієнтами проводилося навчання, обґрунтовувалася потреба в призначенні інсулінотерапії, яка не обов'язково має бути постійною, надавалися контакти лікарів для можливості комунікації.

На сучасному етапі в лікувальному арсеналі доступні інсулінові аналоги довготривалої дії (гларгін-100, гларгін-300 та деглюдек) та комбінації їх з агоністами глюкагоноподібного пептиду 1 типу (гларгін-100 + ліксисенатид, деглюдек + ліраглутид), які дозволяють спростити режим терапії до виконання однієї ін'єкції на добу. Застосування даних препаратів при високій ефективності супроводжується мінімальним ризиком гіпоглікемій.

Слід зазначити, що навіть режим з однією ін'єкцією інсуліну на добу на початку лікування не сприймався позитивно пацієнтами. Рівень задоволення від призначення лікування інсуліном за шкалою DTSQs варіював від нейтральних трьох балів (7 хворих) до різко негативного нуля (9 хворих). Задоволеність продовженням інсулінотерапії також оцінювалася від нуля (17 хворих) до 2 балів (7 хворих).

Для поліпшення адаптації хворих до початку інсулінотерапії та титрування дози з досягненням цільових показників ми надавали перевагу препаратом на основі інсуліну гларгін. Для цих препаратів успішно може застосовуватися так званий «канадський» алгоритм титрування, який полягає у щоденній корекції дози інсуліну на 1 Од до досягнення цільових показників. Вказаний алгоритм титрування є найпростішим, збільшення дози на 1 Од не викликає страху у хворого на відміну від інших алгоритмів, де доза може змінюватися на 2-8 Од 1-2 рази на тиждень. Даний алгоритм є доступним для розуміння пацієнтом і не потребує активного залучення лікаря, тому, навіть за відсутності можливості комунікації, пацієнт має змогу успішно слідувати йому.

Застосовуючи вказаний алгоритм титрування нам вдалося досягнути успіхів як у контролі глікемії, так і поліпшити психологічний стан хворого, зменшити прояви дезадаптації та депресії. При проміжній оцінці через три місяці жоден з пацієнтів самовільно не припинив застосування інсуліну. Переважна більшість пацієнтів (27 осіб, 84,3%) чітко слідувала запропонованому алгоритму титрування дози, 5 пацієнтів призупинили слідування алгоритму або після досягнення показників глікемії, які вони самі вважали прийнятними для себе, або/та внаслідок відсутності чи обмеженості засобів для самоконтролю. При оцінці глікемії за результатами наданими пацієнтами та/або проведеними в клініці індивідуального цільового діапазону досягнули 25 пацієнтів. При оцінці лабораторних показників через три місяці рівню глікозильованого гемоглобіну $\leq 7,0\%$ досягли 23 (71,8%) пацієнти, $\leq 7,5\%$ - 28 (87,5%) пацієнтів, $\leq 8,0\%$ - усі пацієнти. Суттєво поліпшилися результати за шкалами EQ-5D 5-level та DTSGs. Через трьохмісячний термін не відзначалося пацієнтів з надзвичайно сильною тривогою та депресією, з сильною було 2 пацієнта, у решти пацієнтів вона була помірною (16 осіб, 50%) або легкою (14 осіб, 43,7%). Пацієнти також відзначали покращення загального стану здоров'я за стобальною шкалою в анкеті EQ-5D 5-level. Виразними були зміни в ставленні пацієнтів до

інсулінотерапії. У переважної більшості пацієнтів оцінка задоволення терапією через три місяці від її початку перебувала в діапазоні від нейтральних трьох до позитивних п'яти балів. Лише 2 пацієнти виражали незадоволення терапією (1 та 2 бали). За шкалою DTSQs більшість пацієнтів вважали своє лікування зручним та гнучким – середня оцінка 4,82 та 4,76 балів відповідно за шестибальною шкалою. Усі пацієнти вказували на відсутність надмірно низького рівня глікемії, рідкі (1-2 бали) епізоди надмірно високої глікемії відзначали 2 пацієнта, які не слідували чітко алгоритму титрування дози. Незадоволення від застосування інсулінотерапії (1-2 бали) виразили 4 пацієнти (12,5%), у 13 пацієнтів (40,6%) оцінка була нейтральною, 15 пацієнтів були (46,9%) були задоволеними та схильними продовжувати поточну терапію (4-5 балів).

Висновки: Своєчасна та адекватна інсулінотерапія дозволяє компенсувати перебіг цукрового діабету та запобігти розвитку ускладнень. Вкрай важливо під час війни знайти оптимальний варіант інсулінотерапії та застосовувати доступний алгоритм титрування дози для досягнення цільових показників глікемії. В поєднанні з навчанням та можливістю комунікації з лікарем це дозволяє поліпшити якість та схильність хворого до лікування, зменшити прояви депресії та дезадаптації.

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ, ОСОБИСТІСНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Кундій Ж.П., Дворнік В.М., Скрипніков А.М.,

Васильєва Г.Ю., Куценко Н.П.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

24 лютого 2022 року Росія розпочала повномасштабне воєнне вторгнення в Україну. Війна внесла серйозні корективи до життя українців, суттєво вплинула на їх емоційний стан. Стрес, викликаний війною, відрізняється від повсякденного, оскільки, перевищує нашу здатність

ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України ректора Полтавського державного медичного університету	
Вячеслава Ждана	3
Ждан В. М., Голованова І.А., Харченко С.В., Ляхова Н.О., Вовк О. Я. Становлення медичної реабілітації в західних країнах та в Україні.....	5
Балаш О.П. Досвід застосування доступних вправ лікувальної гімнастики в реабілітації військових ЗСУ, хворих на остеохондроз хребта та його ускладнень.....	8
Брич В.В. Інформаційно-комунікаційне забезпечення як елемент зміцнення реабілітаційного компоненту системи охорони здоров'я регіону.....	13
Грейда Н.Б. Реабілітація осіб з обмеженими можливостями засобами ерготерапії.....	15
Животовська Л.В., Орлова О.В., Боднар Л.А. Особливості ресурсу соціальної адаптації у доглядачів за пацієнтами з деменцією	18
Ісаков Р.І., Животовська А.І., Бойко Д.І. Вплив стресового навантаження на якість життя пацієнтів з тривожними розладами.....	20
Катеренчук В. І. Шляхи зменшення дезадаптації хворих з цукровим діабетом типу 2, яким вперше було призначено інсулінотерапію під час війни в Україні..	24
Кундій Ж.П., Дворнік В.М., Скрипніков А.М., Васильєва Г.Ю., Куценко Н.П. Особливості взаємозв'язку стресостійкості, особистісних властивостей та особливостей подолання стресу у студентів медичного профілю.....	27
Корчан Н.О., Свінцицька Н.Л., Підлужна С.А, Федорченко І.Л., Каценко А.Л. Застосування комплексу реабілітаційних заходів на різних етапах відновлення військовослужбовців.....	33
Лигун Н. В.; Охріменко І. М. Організаційні засади збереження й відновлення психічного здоров'я працівників органів та підрозділів системи МВС України.....	37
Підлужна С.А., Корчан Н.О., Шерстюк О.О. Реабілітаційна допомога при	