



Міністерство охорони здоров'я України
Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної фармакології
та клінічної фармації



КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

(реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 543 від 19 грудня 2022 р.)



**Всеукраїнська науково-практична
Internet-конференція з міжнародною участю,
присвячена 30-річчю заснування кафедри клінічної фармакології та
клінічної фармації НФаУ**

**16-17 березня 2023 р.
м. Харків**

САМОСТІЙНА ТИТРАЦІЯ ДОЗИ ІНСУЛІНУ ПАЦІЄНТАМИ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 В УМОВАХ ВІЙНИ

Катеренчук В.І.

Полтавський державний медичний університет

м. Полтава, Україна

vik_ce@ukr.net

Вступ. Інсулінотерапія є невід'ємним компонентом для значної частини пацієнтів з цукровим діабетом типу 2 (ЦД-2). Посилення дії стресових факторів під час війни обумовлює посилення гіперглікемії та потреби у призначенні інсулінотерапії. Першим кроком інсулінотерапії при ЦД-2 зазвичай є базальний інсулін. Початкова доза його є невеликою і потребує подальшої корекції пацієнтом до досягнення цільових показників глікемії. Важливим при цьому є відсутність гіпоглікемій, особливо тяжких.

Мета дослідження: оцінити можливість досягнення пацієнтами з ЦД-2 цільових показників глікемії при проведенні самостійного титрування дози за наданими лікарем алгоритмами під час війни.

Матеріали та методи. Ми проаналізували дані 57 пацієнтів, яким під час війни було призначено терапію базальним інсуліном. Оцінці підлягали слідування пацієнта алгоритму титрування дози, зниження глікемії та рівня глікозильованого гемоглобіну, досягнення цільових показників, епізоди гіпоглікемій, задоволеність пацієнтів лікуванням.

Результати та їх обговорення. У пацієнтів з ЦД-2 немає абсолютного дефіциту інсуліну тому потреба у повній замісній дозі інсуліну відсутня. Початковим етапом інсулінотерапії є призначення базального інсуліну у невеликій дозі – 10 Од/д або 0,1-0,2 Од/кг маси тіла. У подальшому доза інсуліну титрується залежно від показників глікемії натщесерце. Саме період титрування дози інсуліну є ключовим для успішного проведення інсулінотерапії. Цей етап може бути тривалим, у деяких дослідженнях його тривалість сягала 12 тижнів. Титрування дози здійснюється амбулаторно, тому активне залучення пацієнта цього до процесу є запорукою успіху. Протягом двох останніх десятиліть до клінічної практики увійшли тривалодіючі аналоги інсуліну, які мають значно нижчий, порівняно з людськими інсулінами, ризик гіпоглікемій. Для цих інсулінів на сьогодні рекомендовані доволі прості алгоритми корекції дози зі зміною її на 2-3 Од 1-2 рази на тиждень. Для інсуліну гларгін доведено можливість проведення щоденного титрування на 1 Од. Обидва алгоритми титрування довели свою ефективність та безпечність при самостійному застосуванні пацієнтами.

Під час війни ми стикнулися з обмеженими можливостями пацієнтів контактувати з лікарем, тому самостійне проведення титрування дози стало ще більш актуальним. За призначення інсулінотерапії з пацієнтами ми визначали індивідуальний діапазон цільових показників глікемії, проводили навчання по здійсненню самостійної корекції дози, гіпоглікеміям. Залежно від призначеного інсуліну ми пропонували пацієнтам можливі алгоритми титрування дози. Пацієнти самі визначали який алгоритм, щоденний чи щотижневий, є більш

зручним для них. Після вибору алгоритму корекції дози та навчання кожному пацієнтові ми видавали роздруковану інструкцію з вказаними цільовими показниками глікемії та обраним алгоритмом корекції дози інсуліну. Усім пацієнтам ми рекомендували контактувати з лікарем через кожні 2-3 тижні або за потребою шляхом здійснення візиту до клініки або за телефоном. Ми рекомендували пацієнтам призупинити подальше нарощування дози і звернутися до клініки за додатковою консультацією у випадку, якщо доза інсуліну перевищувала 40-50 Од або 0,5 Од/кг маси. Усі пацієнти були проінформовані про необхідність здійснення візиту в до клініки та визначення рівня глікозильованого гемоглобіну через 3 місяці (12 тижнів).

Більшість пацієнтів (39 осіб, 68%) обирали щоденний варіант титрування дози, так як він передбачає зміну лише на 1 Од. Щоденний алгоритм титрування застосовували пацієнти, які отримували інсулін деглюдек (12 осіб), оскільки щоденна корекція дози є неприйнятною для даного інсуліну, та шестеро пацієнтів, які отримували гларгін. При проведенні контролю через 3 місяці нами було встановлено, що запропонованим алгоритмам титрування дози слідував 51 пацієнт (89,5%). Схильність до слідування наданим алгоритмам була подібною при щоденному та щотижневому варіантах корекції дози (89,7% та 88,9% відповідно). Серед пацієнтів, які слідували запропонованим алгоритмам корекції дози, вдалося досягнути індивідуальних цільових показників глікемії 92,2% хворих. Нормалізація глікемії супроводжувалася зниженням рівня глікозильованого гемоглобіну – інтегрального трьох-місячного показника контролю ЦД – з $8,8 \pm 0,7\%$ до $7,4 \pm 0,5\%$. Серед основних причин недосягнення цільових показників глікемії були досягнення пацієнтом дози базального інсуліну 0,5 Од/кг маси без призначення додаткової терапії, значні девіації харчової поведінки та режиму дня, обумовлені впливом війни. В процесі збільшення дози інсуліну не було зафіксовано жодного випадку тяжкої гіпоглікемії. Легкі симптоматичні та асимптоматичні гіпоглікемії були зареєстровані у 22 (38,6%) хворих. Вказані гіпоглікемії були пов'язані не з титруванням дози, а з харчовими порушеннями – пропуском прийому їжі або недостатньою її кількістю та/або надмірними фізичними навантаженнями.

Висновки. Залучення пацієнта до активного процесу титрування дози інсуліну є запорукою досягнення задовільних показників глікемічного контролю. Навіть під час війни слідування пацієнта алгоритмам корекції дози інсуліну дозволяє досягнути цільових показників як короткочасної так і тривалої компенсації ЦД.