

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації

МАТЕРІАЛИ

III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку,
проблеми та перспективи»

8 вересня 2023 року



ПОЛТАВА

2023

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І., Белікова І. В.**

«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2023; Полтава).

Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 8 вересня 2023 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – 165 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів медичної реабілітації в Україні фахівцями різних спеціальностей, питанням медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців та правоохоронців, постраждалих внаслідок бойових дій, оптимізації роботи реабілітаційних закладів під час військової агресії РФ та в мирний час.

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

©Полтавський державний медичний університет, 2023

13. Balakirjeva K. Profilaktyka ta podolannjia profesjnoho ta emocijnoho vyhorannjia. Kyiv: UNDP, 2020. URL: <https://www.slideshare.net/undpukraine/ss-48391940>.

ШЛЯХИ ВІДНОВЛЕННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ЗНАЧНИХ ПОРУШЕНЬ ГЛІКЕМІЇ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Катеренчук В.І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) одне з найбільш розповсюджених та найбільш соціально значиме ендокринне захворювання [1-3]. Гострий та хронічний стрес може виступати як індуктором виникнення ЦД, так і погіршувати перебіг існуючого діабету, призводячи до прогресування гіперглікемії та її лабілізації. Війна стала потужним стресовим фактором, який знайшов своє відображення у перебігу ЦД.

Мета роботи. Оцінити вплив війни в Україні на поширеність розвитку декомпенсації ЦД, виразних гіперглікемій та гіпоглікемій, розробити комплекс заходів по їх профілактиці та мінімізації негативних впливів.

Матеріали та методи. Проведено опитування та анкетування пацієнтів з ЦД в умовах стаціонарного ендокринологічного відділення комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» та пацієнтів, які звернулися за амбулаторною консультативною медичною допомогою. Здійснено аналіз показників самоконтролю глікемії, який проводять пацієнти та лабораторних показників: глікемії, глікозильованого гемоглобіну – та відстежено їх динаміку за час війни. Проведено корекцію терапії з метою усунення виразної гіперглікемії та профілактики гіпоглікемій. Здійснено комплексну оцінку ефективності проведених терапевтичних втручань.

Результати та їх обговорення. Порухення глікемії у пацієнтів з ЦД мають складні та різноманітні патогенетичні механізми. Стрес є одним з ключових механізмів підвищення глікемії. Розвиток гіперглікемії є

характерним як для гострого, так і для хронічного стресу. У першому випадку провідну роль у розвитку гіперглікемії відіграє гіперкатехоламінемія, яка призводить до швидкого вивільнення глюкози з депо з розвитком пікової гіперглікемії. Хронічний стрес супроводжується надмірним виділенням глюкокортикоїдів, що веде не лише до мобілізації вуглеводів, а й до посилення процесів глюконеогенезу. Хронічна стресова реакція може бути як другою фазою гострого стресу, так і самостійним явищем, коли початкова гостра гіперкатехоламінемія не була виражена. Гостра стресова реакція може супроводжуватися значно більш виразним підвищенням глікемії, ніж хронічний стрес, однак саме хронічна фаза стресу, внаслідок своєї довготривалості та комплексності метаболічних змін, призводить до більш тяжких наслідків, які впливають на розвиток хронічних ускладнень ЦД, стан хворого та прогноз.

На сьогодні внаслідок війни в Україні населення перебуває під впливом як гострого, так і хронічного стресу тривалістю понад півтора року. Навіть у відносно спокійних регіонах повітряні тривоги, особливо у нічний час, призводять до надмірного виділення катехоламінів та суттєвого підвищення глікемії у хворих на ЦД. Ми відзначаємо зростання на 40% кількості пацієнтів зі скаргами на лабілізацію перебігу ЦД з розвитком клінічно значимих гіперглікемій. Гіперглікемія є не єдиним проявом впливу гіперкатехоламінемії на організм: у пацієнтів також зростає частота серцевих скорочень, підвищується артеріальний тиск. Наслідком як безпосередньо стресу, так і індукованих ним метаболічних та кардіо-васкулярних проявів стає зростання рівня тривожності та депресії, що, у свою чергу, знову-таки негативно впливає на показники глікемії. Гостра, пікова стресова гіперглікемія супроводжується довготривалою фазою хронічної гіперглікемії. Вказані розлади потребують проведення корекції терапії. За час війни ми відзначаємо значне, близьке до 50% зростання кількості пацієнтів з ЦД типу 2, які потребують призначення інсулінотерапії. Застосування пероральних препаратів у цих пацієнтів не забезпечує достатнього глікемічного контролю.

У переважної частини пацієнтів є змога проводити старт інсулінотерапії відповідно до сучасних алгоритмів з застосування однієї ін'єкції базального інсуліну на добу [1, 3-4], що є зручним та доступним для більшості пацієнтів варіантом терапії. Суттєвою його перевагою є й те, що такий варіант лікування не потребує надто ретельного глікемічного контролю. Старт ін'єкційної терапії, самоконтроль глікемії, процес титрування дози є простими та доступними для пацієнта. У той же час, значно зросла частка пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою у стані виразної декомпенсації ЦД, з рівнем глікованого гемоглобіну понад 10-12%, втратою маси тіла, розвитком кетозу та іншими ознаками катаболізму внаслідок абсолютного дефіциту інсуліну. Такі пацієнти потребують проведення агресивної інсулінотерапії у базал-болусному режимі зі старту терапії. Вони мають застосовувати значну кількість ін'єкцій інсуліну на добу – від чотирьох до шести, а стартова доза інсуліну у них є значно вищою і фактично еквівалентною такій у пацієнтів з ЦД типу 1. Проведення базал-болусної інсулінотерапії передбачає не лише виконання великої кількості ін'єкцій інсуліну, а й проведення багатоточкового контролю глікемії: визначати рівень глюкози у крові потрібно щонайменше перед кожною ін'єкцією інсуліну та перед сном [1,5]. Під час війни є величезні складності у проведенні корекції дози інсуліну. За звичних умов на час призначення початкової дози інсуліну та проведення початкового її титрування до досягнення оптимальних/субоптимальних показників глікемії пацієнтові забезпечують сталий режим дня та харчування. У такому випадку вдається доволі швидко здійснити підбір доз ін'єкцій інсуліну. Порухення сну внаслідок нічних повітряних тривог призводить до підвищення глікемії вранці, що ускладнює/унеможлиблює проведення адекватної корекції дози базального інсуліну. Тривоги протягом дня впливають на час прийомів їжі, а за значної тривалості і на їх кількість. Як наслідок немає змоги об'єктивно відкорегувати дози прандіальних інсулінів. Процес підбору доз інсулінів, який і без того може бути довготривалим і не надто простим, суттєво

продовжується і ускладнюється. Можливим наслідком цього є зневіра пацієнта у терапії та можливості досягнення цільових показників глікемії, погана схильність до терапії, депресивні розлади. Гарною альтернативою застосування традиційних варіантів інсулінотерапії у пацієнтів ЦД типу 2, яким ін'єкційна терапія призначається вперше, стало використання фіксованих комбінацій базального інсуліну з агоністом рецепторів глюкокагоно-подібного пептиду (арГПП-1) [6]. Ця нова група цукрознижувальних препаратів стала доступною на фармацевтичному ринку України за два роки до війни. Фіксовані комбінації – це готові препарати, до складу яких у певних (фіксованих) комбінаціях входять два препарати – базальний інсулін та арГПП-1. Таким чином, виконуючи одну ін'єкцію на добу, пацієнт одночасно два найбільш потужних цукрознижувальних препаратів. Дія базального інсуліну при цьому направлена на регуляцію глікемії натщесерце, а арГПП-1 – постпрандіальної. Переваги застосування фіксованих комбінацій не обмежуються виключно зменшенням кількості ін'єкцій: вони мають мінімальний ризик гіпоглікемій, що значно виділяє їх на фоні інших режимів інсулінотерапії, титрування дози є простим та зрозумілим для пацієнтів [6]. У нашій практиці старт ін'єкційної терапії у пацієнтів з ЦД типу 2 під час війни став пріоритетним варіантом.

У пацієнтів з ЦД типу 1 та типу 2, які отримували інсулін до війни також має місце лабілізація перебігу ЦД з тенденцією до підвищення глікемії та потребі у збільшенні доз інсулінів. Пацієнт, які застосовували премікс-інсуліни або конвенційні режими інсулінотерапії потребували переходу на базал-болусний режим з виконанням багаторазових ін'єкцій інсуліну. Застосування премікс-інсулінів не забезпечує оптимального глікемічного контролю, але є простим варіантом терапії, за якого пацієнт виконує лише дві ін'єкції інсуліну на добу. Однак, важливим недоліком такого варіанту терапії є потреба у дотриманні жорсткого режиму харчування з прийомом приблизно щодня однакової кількості їжі у фіксовані години. Пропуск прийому їжі призводить до розвитку гіпоглікемій. Війна в Україні стала

найбільш вагомим чинником до відмови від застосування премікс-інсулінів і переходу на базал-болусний режим у хворих на ЦД.

Під час війни ми відзначаємо значне зростання частоти депресивних розладів у пацієнтів з ЦД. Це обумовлено загальним занепокоєнням, хронічним стресом, порушенням циркадних ритмів, гіперглікемією та, у тому числі, інтенсифікацією терапії з переходом на ін'єкційну терапію. Під час війни у діабетологічній практиці практично вдвічі зросла частота призначення неврологічних препаратів: антидепресантів та антиконвульсантів (прегабалін, габапентин). Ці препарати у рутинній практиці застосовуються з метою терапії больової форми діабетичної дистальної полінейропатії. Під час війни конкурентним, а для антидепресантів і головним показанням до застосування цих препаратів стали депресивні та інші неврологічні розлади. Слід зазначити, що стрес та стійка гіперглікемія обумовили також прогресування та зростання інтенсивності хронічних діабетичних ускладнень, у тому числі больової форми діабетичної полінейропатії. Суттєво зросла кількість пацієнтів, які потребують застосування високих доз антиконвульсантів, зросла також частина пацієнтів, які отримують комбіновану терапію антидепресантами та прегабаліном.

Дуже велике значення має навчання пацієнтів, проведення бесід по терапії ЦД, правилам проведення самоконтролю глікемії та корекції дози інсуліну залежно від поточних, у тому числі обумовлених війною, факторів, дієти, можливостям модифікації стилю життя в умовах воєнного стану, профілактиці гіпоглікемій та інших ускладнень, усуненню психологічної дезадаптації. З цією метою потрібне створення мультидисциплінарних команд, брак чого ми постійно відчували. До цих команд мають бути залучені не лише діабетологічні фахівці – обов'язковою є участь психолога. Ми відзначали значне зростання хворих на ЦД, які під час війни зверталися не лише за психологічною, а й за психіатричною допомогою. Порівняно з мирним часом потреба у консультаціях цими фахівцями зросла в два та у

п'ять разів відповідно. Консультації, які отримали пацієнти, не лише поліпшили їх психологічний стан, а й дозволили знизити показники глікемії та підвищити схильність до протидіабетичної терапії.

З іншого боку, війна в Україні суттєво збільшила не лише кількість пацієнтів з декомпенсованими формами ЦД, а й ризик гіпоглікемічних станів у хворих. Повітряні тривоги та потреба пройти в укриття збільшили частоту ситуацій, коли у пацієнта після введення інсуліну немає змоги прийняти їжу. Також під час війни у значної кількості пацієнтів відзначаються суттєві проблеми у дотриманні режиму харчування, має місце обмежений доступ до продуктів харчування. Відзначається зростання рівня фізичної активності, що призводить до посилення незалежної від інсуліну утилізації глюкози. Як наслідок вищеперерахованого, значно зростає частота гіпоглікемій. Гіпоглікемія є найбільш поширеним гострим діабетичним порушенням та побічним явищем гіпоглікемізуючої терапії, яке суттєво погіршує якість життя хворих. Хворі на ЦД, особливо ті, хто має досвід тяжкої гіпоглікемії дуже побоюються повторних епізодів, тому часто для запобігання гіпоглікеміям вживають надмірну кількість вуглеводів, що призводить до розвитку виразних рикошетних гіперглікемій, які також є серйозним небажаним явищем і можуть потребувати проведення додаткової корекції.

Американська діабетична асоціація та інші діабетологічні товариства для лікування гіпоглікемій та запобігання рикошетним гіперглікеміям рекомендує використовувати правило 15:15, яке передбачає вживання у випадку появи гіпоглікемії або її симптомів 15 грам глюкози з наступним 15-хвилинним очікуванням [7]. Якщо симптоми гіпоглікемії зникли і не повторюються, гіпоглікемія вважається завершеною, якщо симптоми гіпоглікемії зберігаються – вживання 15 грам глюкози та термін 15-хвилинного очікування повторюють [7]. При роботі з пацієнтами під час війни ми в обов'язковому порядку інформували їх про дане правило запобігання тяжким гіпоглікеміям. Пацієнти були проінформовані про можливі варіанти та кількість солодошів, які вони мають мати при собі для

запобігання гіпоглікеміям. Вказаний алгоритм дій є простим і позитивно сприймався пацієнтами. Використовуючи рекомендації Американської діабетологічної асоціації нам вдалося знизити частоту гіпоглікемії та, що не менш важливо, рикошетних гіперглікемії у пацієнтів. Частота гіпоглікемічних епізодів під час війни у пацієнтів, які пройшли навчання була не вищою, ніж у мирний час і суттєво нижчою, ніж у пацієнтів, які такого навчання не проходили. Ми відзначали також поліпшення емоційного стану пацієнтів, впевненості в собі та схильності до виконання інших рекомендацій.

Висновки. Війна в Україні суттєво вплинула на перебіг ЦД: значно зросла частота декомпенсованих та лабільних форм діабету, частота гіпоглікемії. Ми відзначаємо зростання потреби у проведенні інсулінотерапії ЦД та її інтенсифікації. Навчання пацієнтів, робота у мультидисциплінарних групах з залученням фахівців інших спеціальностей, у тому числі психологів, дозволяє зменшити негативний вплив стресу на перебіг ЦД та підвищити ефективність терапії.

Список літератури:

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2022 Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes. 2022 Jan;40(1):10-38. doi: 10.2337/cd22-as01.
2. Inzucchi S.E., Bergenstal R.M., Buse J.B., et al.. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2015 Jan;38(1):140-9. doi: 10.2337/dc14-2441.
3. Garber A.J., Abrahamson M.J., Barzilay J.I. et al. Consensus statement by the American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm - 2018 executive summary. Endocr pract. 2018 jan;24(1):91-120. Doi: 10.4158/cs-2017-0153.

4. Nichols G.A., Kimes T.M., Harp J.B. et al. Glycemic response and attainment of A1C goals following newly initiated insulin therapy for type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012 Mar;35(3):495-7. doi: 10.2337/dc11-1171.
5. Madenidou A.V., Paschos P., Karagiannis T. et al. Comparative Benefits and Harms of Basal Insulin Analogues for Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2018 Aug 7;169(3):165-174. doi: 10.7326/M18-0443.
6. Goldman J, Trujillo JM. iGlarLixi: A Fixed-Ratio Combination of Insulin Glargine 100 U/mL and Lixisenatide for the Treatment of Type 2 Diabetes. *Ann Pharmacother*. 2017 Nov;51(11):990-999. doi: 10.1177/1060028017717281. Epub 2017 Jun 23. PMID: 28645216.
7. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Assessment and management of hypoglycemia in children and adolescents with diabetes. / Abraham MB, Karges B, Dovic K, et al. *Pediatr Diabetes*. 2022 Dec;23(8):1322-1340. doi: 10.1111/pedi.13443.

**ФІЗИЧНІ, ПСИХОЛОГІЧНІ ТА МОТИВАЦІЙНІ АСПЕКТИ
КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ОСНОВНІ
НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ**

*Катеренчук І.П., Вакуленко К.Є., Тесленко Ю.В., М'якінькова Л.О.,
Рустамян С.Т.*

Полтавський державний медичний університет,
Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр,
Полтавський обласний кардіологічний навчальний науково-практичний
центр з профілактики та реабілітації «Разом до здорового серця».

*Найсильніші душі часом піддаються зневірі.
Бувають хвилини, коли і людям великого
розуму життя малюється в найпохмуріших
фарбах (Т. Драйзер)*

ЗМІСТ

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України, ректора Полтавського державного медичного університету <i>Вячеслава Ждана</i>	3
<u>СТАТТІ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	4
<i>Гринь К.В., Гринь В.Г., Дельва М.Ю., Пінчук В.А.</i> Необхідність та шляхи збереження ментального здоров'я населення під час військових подій в Україні.....	4
<i>Калмикова Ю.С.</i> Сучасна проблема метаболічного синдрому та напрями лікування при метаболічному синдромі.....	9
<i>Касьян А.Я., Горошко В.І.</i> Роль медичної етики у запобіганні професійного вигорання: вплив цінностей та професійних стандартів....	19
<i>Катеренчук В.І.</i> Шляхи відновлення хворих на цукровий діабет, які зазнали значних порушень глікемії під час війни.....	28
<i>Катеренчук І.П., Вакуленко К.Є., Тесленко Ю.В., М'якінькова Л.О., Рустамян С.Т.</i> Фізичні, психологічні та мотиваційні аспекти кардіореабілітації: сучасний стан та основні напрямки розвитку.....	35
<i>Могильник А. І., Тарасенко К.В., Адамчук Н.М., Давиденко А.В.</i> Бойовий посттравматичний стресовий розлад: історія і реалії.....	45
<i>Черній В.І., Денисенко А.І., Яшан О.В.</i> Анестезіологічний менеджмент при герніопластиці передньої черевної стінки лапароскопічним та відкритим методами у хворих похилого та старечого віку з супутніми захворюваннями.....	58
<u>ТЕЗИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	70
<i>Ждан В. М., Голованова І. А., Вовк О. Я., Андрєєв Д.О., Буря Т.С., Ляхова Н. О., Краснова О. І.</i> Вплив курильного статусу лікаря на рівень санітарно-просвітницької роботи щодо профілактики	