

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф Полтавської обласної ради»
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ

**III Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Екстрена та невідкладна допомога
в Україні: організаційні, правові,
клінічні аспекти»
24 лютого 2023 року**



**ПОЛТАВА
2023**

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

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

«Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2023; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – 168 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів екстреної та невідкладної допомоги в Україні фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування.

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

©Полтавський державний медичний університет, 2023

**УДОСКОНАЛЕННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ХВОРИМ З УСКЛАДНЕННЯМИ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ
В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

*Ляховський В.І., Краснов О.Г., Лисенко Р.Б., Немченко І.І.,
Городова-Андрєєва Т.В.*

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Одним із найбільш тяжких ускладнень цукрового діабету є синдром діабетичної стопи, який ускладнює перебіг у 30-80 % таких пацієнтів. Синдром діабетичної стопи (СДС) – це специфічне ураження стоп при цукровому діабеті, при якому страждають судини, нерви та кістки нижніх кінцівок з розвитком ран та гангрени, що стає причиною інвалідизації. У 85% випадків усім ампутаціям передують виразкові дефекти. Тому важливим є оптимізація лікування таких хворих, що дозволяє зберегти опорну функцію та поліпшити якість життя пацієнтів.

При проведенні обстеження та лікування 268 хворих на СДС, які знаходилися на лікуванні у ХВ №1 міської клінічної лікарні № 2 м. Полтави впродовж 2012–2021 років. Першу групу (136 хворих) склали хворі, що поступили до стаціонару в період 2012-2016 років. Другу групу (132 хворих) склали хворі, що надійшли в період 2017- 2021 років. У першій групі були виконані органозберігаючі операції за розробленими у клініці методиками (126 пацієнтів) з урахуванням поширеності деструктивних змін за допомогою визначення життєздатності тканин вимірюванням електричного опору тканин кінцівки. Усім хворим проводили комплексне обстеження, яке включало загально клінічне обстеження, рентгенографію стопи, УЗДА нижніх кінцівок, доплерометрію, бактеріологічне, цитологічне дослідження та вимірювання площі ран та електричного опору тканин за показами. Пацієнтам обох груп призначали базову медикаментозну терапію, яка включала компенсацію

вуглеводного обміну, антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості мікрофлори, ліквідацію проявів критичної ішемії стопи. Оперативне лікування проводилось хворим з стадією 1B-5 за Meggit-Wagner. В основній групі хірургічне лікування виконувалося в кілька етапів та визначалося анатомо-клінічною формою СДС. При нейропатичній формі: I етап – хірургічна обробка осередку, а II етап – пластичне закриття рани. При нейроішемічній формі (60 пацієнтів): I етап – медикаментозна корекція ішемії; II етап – хірургічна обробка осередку; III етап – пластичне закриття рани. Зокрема, розкриття абсцесу та флегмони стопи проводилось у 54 (39,7%) хворих основної групи, ампутація пальців – у 78 (57,4%), ампутація стопи – у 14 (10,3%) хворих, некретомії, в тому числі багаторазові виконувались у 132 випадках. У 4 (2,9%) осіб виконані ампутації на рівні гомілки та у 6 (4,4%) – на рівні стегна. В контрольній групі розкриття абсцесу та флегмони стопи проводилось у 30 (22,7%) пацієнтів, ампутація пальців – у 124 (93,9%) ампутація стопи – у 26 (19,7%), некретомії, виконувались 148 разів. У 19 (14,4%) хворих була виконана ампутація на рівні стегна. Показаннями до первинної ампутації нижньої кінцівки був субтотальний та тотальний некроз стопи та надп'яtkово-гомілкового суглоба, коли неможливе збереження опорної функції стопи, відсутність ознак репарації ран на фоні проведення органозберігаючого лікування, неможливість виконання реконструктивних судинних операцій. За термінами виконання оперативного втручання поділяли хворих на декілька груп. Екстрених оперативних втручань на протязі 2–12 годин потребували хворі з вологою гангrenoю; флегмоною стопи; та з переходом її на гомілку; процесом, який викликає декомпенсацію діабету. Невідкладні оперативні втручання виконували через 24-72 години при глибоких абсцесах стопи; ранах без адекватного дренивання; ранах на фоні гіпертермії; розвитку септичних осередків; виявленні нових абсцесів та гнійних кишень. Планові оперативні лікування проводились хворим при наявності хронічного остеомієліту; обмежених вторинних некрозах у рані; сухій гангрені пальців,

частини стопи з демаркацією та відсутністю інтоксикації; ранового дефекту шкірних покривів та м'яких тканин стопи. При нечітких границях деструкції проводили оцінку життєздатності тканин за визначенням електричного опору тканин кінцівки. Це застосовували при нечітких кордонах деструкції у 44 (32,4%) хворих основної групи. Спостерігали збільшення електричного опору на ураженій з некрозом ($421,11 \pm 15,59 \text{ к}\Omega$) та здоровій кінцівці ($185,33 \pm 7,45 \text{ к}\Omega$) більше ніж у 2 рази. При морфологічному дослідженні спостерігалася дезорганізація структури, дистрофія клітин, безкліткові ділянки некрозу. Було також досліджена швидкість зменшення ран різних локалізацій. Виявилось, що скоріше гоїлися рани після некретомії в ділянці II-V пальців, які мали форму клину, трапеції, в порівнянні з плоскою раною в ділянці I пальця. Це пов'язано з великим зянням рани та з тим, що рана на місці I пальця піддається великому тиску при виконанні стопою опорної функції. Дермопластика була здійснена у 21 (15,4%) хворих основної групи. Це передбачало раннє закриття ранових дефектів клаптями шкіри через 5-7 добу після некретомії при відсутності пролонгації процесу, що дозволяє попередити приєднання вторинної мікрофлори. Швидкість зменшення рани в основній групі склала $1,2 \pm 0,2\%$ на добу, в контрольній – $2,6 \pm 0,3$ на добу. Померло 3 (2,2%) хворих основної групи та 8 (6,6%) – в контрольній групі. Наведені підходи до лікування є економічно ефективними, тому що дозволяють скоротити терміни загоєння рани, стаціонарного лікування, попередити розповсюдження процесу та знизити ризик високої ампутації кінцівки. Зниження в майже в 2 рази кількості високих ампутацій та скорочення у 2,1 рази термінів лікування, летальності у 2,7 рази, ($p < 0,05$), підтверджують перспективність органозберігаючого напрямку в хірургії СДС.

Умовами для органозберігаючого лікування СДС є збереження магістрального кровотоку в артеріях гомілки і стопи з показником КПП $> 0,6$, відсутність деструкції в ділянці надп'яtkово-гомілкового суглобу. Воно повинно проводитись відповідно до форми СДС та стану діабетичної рани.

Визначення життєздатності тканин у хворих з СДС шляхом виміру електричного опору тканин кінцівки дає можливість знизити частоту високої ампутації кінцівки та ризик поширення процесу. Серед факторів, що впливають на швидкість загоєння діабетичної рани, важливими є форма рани, її розміри та локалізація. При некректомії в ділянці I та V-го пальців стопи необхідно зберегти куксу основної фаланги для збереження опорної функції та прискорення загоєння рани.

МОЖЛИВОСТІ ТА ВИКЛИКИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В СТОМАТОЛОГІЇ

Марченко К.В., Добровольська О.В., Перепелова Т.В., Добровольський О.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Телемедицина, також відома як телездоров'я, – це використання цифрових технологій для надання медичних послуг на відстані. Ця інноваційна технологія суттєво вплинула на галузь охорони здоров'я, і стоматологія не є винятком. Телемедицина в стоматології – це використання телекомунікаційних технологій для дистанційного надання стоматологічних консультацій, обстежень та лікування.

Телемедицина в стоматології пропонує численні переваги, включаючи розширення доступу до стоматологічної допомоги, зниження витрат на охорону здоров'я та поліпшення результатів лікування пацієнтів. Завдяки телемедицині пацієнти можуть отримати доступ до стоматологічної допомоги з будь-якого місця та в будь-який час, усуваючи необхідність подорожувати, що може бути значною перешкодою для багатьох пацієнтів, особливо тих, хто живе в сільській місцевості або у віддалених районах. Крім того, телемедицина може зменшити витрати, пов'язані з традиційними візитами до стоматолога, включаючи витрати на проїзд та час, який пацієнт втрачає на роботі.

Телемедицина в стоматології особливо корисна в екстрених ситуаціях, наприклад, коли пацієнт відчуває сильний зубний біль або травму. У таких

Черній В.І. Концепція "damage control" під час війни та надзвичайних ситуацій	81
Тези учасників конференції	87
Андрійчук О.Я. Міжнародний досвід надання екстреної та невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі при травмах хребта	87
Барило О. С., Фурман Р. Л., Поліщук С. С., Гаджула Н. Г. Комплексне лікування невропатичних болей при травмі язикового нерву.	89
Безверха Н.А. Невідкладні стани в практиці лікаря первинної медичної допомоги. Гіпертензивний криз.	91
Біда О.О. Особливості надання медичної допомоги в умовах воєнного стану	94
Горова А.В. Етапи надання допомоги пораненим у воєнно-польових умовах. Телемедицина.	96
Гнедик Є.С. Правове регулювання обігу медичної продукції	98
Грейда Н.Б. Екстренна та невідкладна допомога при травмах шийного відділу хребта	100
Єпіщенко В.Є., Плужнікова Т.В. Динаміка звернень населення м. Полтава за медичною допомогою до міського травматологічного пункту протягом 2018-2022 рр.	102
Катеренчук В.І., Попруга А.О. Використання правила 15:15 для запобігання гіпоглікеміям та рикошетним гіперглікеміям у хворих на діабет під час війни	104
Коршенко В.О., Розмовенко Г.Г., Гавловський О.Л. Аналіз реформи системи екстреної медичної допомоги: головні результати сьогодення	106
Криштопа Н.І., Запорожченко О.В. Термінова хірургічна допомога хворим, які вибули зі стаціонару на рівні району	108
Левік І. П., Краснова О.І. Невідкладна допомога при мінно-вибуховій травмі	111
Левков А. А., Рибалко Л. М., Клеценко Л. В., Горошко В.І., Годієнко О.В., Вишар Є. В. Домедична допомога при непрохідності дихальних шляхів	113
Ляховський В.І., Краснов О.Г., Лисенко Р.Б., Нємченко І.І., Городова-Андрєєва Т.В. Удосконалення невідкладної хірургічної допомоги хворим з ускладненнями синдрому діабетичної стопи в сучасних умовах	121
Марченко К.В., Добровольська О.В., Перепелова Т.В., Добровольський О.В. Можливості та виклики використання. Телемедицини в стоматології	125
Мельник В.Л., Шевченко В.К., Костиренко О.П. Опанування навичками надання невідкладної допомоги лікарями-стоматологами під час навчання в тренінговому центрі	126