

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

**МАТЕРІАЛИ**  
**VII Всеукраїнської науково-практичної  
конференції з міжнародною участю  
«Полтавські дні громадського  
здоров'я»  
26 травня 2023 року**



**ПОЛТАВА  
2023**

**УДК 614-027.555(075)**

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

**«Полтавські дні громадського здоров'я»: VII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2023; Полтава).**

Матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 26 травня 2023 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – 133 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів діяльності системи громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні в мирний час та під час військового стану, роботі фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації системи громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування

**УДК 614-027.555(075)**

**©Полтавський державний медичний університет, 2023**

Запропоновані заходи потребують подальшої оцінки та можливого вдосконалення з огляду на появу нових штамів вірусу і змін його властивостей, пов'язаних з передачею та здатністю викликати тяжкі форми хвороби.

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ**

*Краснов О.Г., Ляховський В.І., Лисенко Р.Б., Сагарадзе С.А., Немченко І.І.*

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Одним із тяжких ускладнень цукрового діабету (ЦД) є синдром діабетичної стопи (СДС), який розвивається більш ніж у 10% хворих та у 70% з них потребує хірургічного лікування. СДС є комплексом уражень стопи при ЦД, в основі якого лежать діабетична ангіопатія, периферична нейропатія та остеоартропатія нижніх кінцівок, з розвитком важких гнійно-некротичних ускладнень на тлі імуносупресії. Головною причиною ампутацій при СДС є інфекційно-некротичний процес на стопі, що виникає на тлі ран. Якісний догляд за пацієнтами із СДС на амбулаторному етапі значно знижує ризик розвитку ускладнень. Це особливо важливо в умовах епідемії COVID-19 та бойових дій в Україні та потребує вдосконалення профілактики та амбулаторного лікування хворих з ускладненнями синдрому діабетичної стопи, зниження ускладнень та покращення якості життя таких хворих.

Нами проведено комплексне обстеження та лікування 1247 хворих на СДС I-II, IIIВ стадії по Meggit-Wagner, які перебували на лікуванні в поліклініці 2-ї міської лікарні Полтави та медичному центрі Медіон протягом 2012-2022 років. Хворим проведено обстеження, яке включало огляд, рентгенографію стопи, ультразвукове дуплексне ангіосканування, визначення чутливості, доплерометрію, бактеріологічне дослідження, консультацію ендокринолога та вимірювання площі ран.

Першу (основну) групу (748 хворих) склали хворі, які регулярно спостерігалися у судинного хірурга, проходили необхідне обстеження та лікування. Другу (контрольну) групу (499 хворих) склали пацієнти, які не зверталися регулярно до лікаря. Пацієнти обох груп були поділені на дві підгрупи: I – нейропатична форма, II – нейроішемічна форма.

Тривалість цукрового діабету до 10 років була у 246 (32,9%) хворих основної групи та у 289 (57,9%) контрольної групи. Понад 10 років хворіли 502 (67,1%) хворих основної групи та 210 (42,1%) контрольної групи.

Діагноз нейроішемічної форми СДС встановлено у 135 (18,1%) хворих основної групи та у 87 (17,4%) хворих контрольної групи. В інших пацієнтів була нейропатична форма СДС. Середня площа ран становила  $2,3 \pm 0,2$  см<sup>2</sup>, вони локалізувалися у зонах найбільшого тиску під час ходьби.

Магістральний кровотік у стегново-підколінному сегменті був збережений у 702 (93,9%) хворих основної групи та у 462 (92,6%) контрольної групи. Серед хворих з порушенням кровотоку стеноз-оклюзія артерій гомілки та склероз Монкеберга спостерігалися у 37 (80,4%) хворих у основній та у 26 (70,3%) у контрольній групі. Клінічне вивчення стану периферичної іннервації показало, що прояви невротії різного ступеня були характерні для всіх хворих на СДС. З трьох видів чутливості (больова, температурна, тактильна) найбільш характерним та раннім було порушення температурної.

I стадія за Wagner виявлена у 379 (50,7%) хворих основної та у 212 (42,5%) хворих контрольної групи. II стадія виявлена у 245 (32,8%) хворих основної та у 204 (40,9%) хворих контрольної групи. Виразкові дефекти стопи були локалізовані переважно на підошовних поверхнях стопи у зонах підвищеного тиску. Стадія III виявлено у 124 (16,5%) хворих основний та у 83 (16,6%) хворих контрольної групи. Деструктивні зміни кісток без пошкодження шкіри мали місце у 26 (3,5%) хворих основної групи та у 13 (2,6%) хворих контрольної групи. Поєднання кісткової деструкції з дефектами м'яких тканин було у 98 (13,1%) хворих основної групи та у 70

(14,1%) хворих контрольної групи. Для діагностики остеомієліту за відсутності його ознак на рентгенограмі за наявності клінічної картини кісткової деструкції використовували магнітно-резонансну томографію. Серед виразок діабетичної стопи переважали нейропатичні та нейроішемічні.

Хворим обох груп призначали медикаментозну терапію, що включала компенсацію вуглеводного обміну; антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості мікрофлори; усунення проявів ішемії стопи; при нейропатичній формі СДС призначали метаболічну, симптоматичну терапію. Для корекції діабетичної остеоартропатії використовували розвантаження стопи: постільний режим, носіння ортопедичного взуття, іммобілізуючі пов'язки, милиці.

Одним із несприятливих факторів перебігу рани при ЦД є тривалий період її очищення, що є провісником неможливості настання другого та третього періодів, що призводить до неминучості ампутації кінцівки. Все це вимагає постійного активного спостереження за хворими на СДС, у тому числі на амбулаторному етапі для корекції не тільки загального та місцевого лікування, а й активної зміни лікувальної тактики при необхідності.

Місцеве лікування включало санацію та обробку ран антисептиками з використанням ферментних препаратів, препаратів гіалуронової кислоти, водорозчинних мазей. Проведення місцевого лікування залежало від фази ранового процесу. Застосовувалися сучасні ранові пов'язки з урахуванням фази процесу з дотриманням принципу вологого загоєння ран. У разі деструктивного процесу тканин стопи виконували різні види некректомій: механічним, хімічним методом, за допомогою накладання ранової пов'язки. Місцеве лікування ран включало видалення ділянок гіперкератозу та первинну обробку виразки.

Більшість хворих з діабетичними виразками та ранами стоп обох груп лікувалися амбулаторно. Середні терміни загоєння ран становили  $21,3 \pm 1,4$  дні в основній групі та  $36,5 \pm 1,7$  дні у контрольній групі. Ускладнені випадки СДС потребували госпіталізації у 135 (18,1%) хворих основної групи та у 209

(42,0%) хворих контрольної групи. Після госпіталізації ампутації на рівні гомілки та стегна виконані у 9 (6,7%) хворих основної групи. та у 29 (13,9%) пацієнтів контрольної групи.

Нами розроблено лікувально-діагностичний алгоритм надання допомоги хворим на амбулаторному етапі. Спочатку проводився огляд, лабораторно-інструментальне обстеження хворого, рентгенографія стоп, доплерометрія, ультразвукове ангіосканування. За наявності недеструктивних змін хворий направлявся до ендокринолога для підтвердження діагнозу ЦД. За наявності деструктивних змін та наявності ішемії вирішували питання про необхідність та можливість судинної реконструкції. У цих випадках хворий направлявся до судинного відділення для артеріографії та подальшого лікування. За відсутності критичної ішемії кінцівки хворий лікувався амбулаторно при I, II, III стадіях за Wagner, у разі активного гнійно-некротичного процесу хворий направлявся до стаціонару.

За відсутності факторів ризику розвитку СДС необхідний скринінг таких хворих судинним хірургом один раз на рік. За наявності факторів низького та помірного ризику хворий повинен проходити обстеження кожні 3-6 місяців, а при високому ризику повинен знаходитися постійно під наглядом лікаря, можливо в стаціонарі. Для запобігання розвитку та прогресуванню СДС необхідна компенсація вуглеводного обміну, навчання пацієнтів правилам догляду за стопою, раннє виявлення пацієнтів з ризиком СДС, лікування гіперкератозу, натоптишів, носіння ортопедичного взуття, устілок, призначення антиагрегантів та профілактика розвитку атеросклерозу.

У розвитку ускладнень ДФС у хворих на амбулаторному етапі провідну роль відіграють такі фактори, як механічний, невропатія, прогресування атеросклерозу, недостатність комплаєнсу у хворих та профілактичних заходів.

Систематичне спостереження за хворими на цукровий діабет, проведення регулярних профілактичних та лікувальних заходів дозволяють

не лише покращити якість життя таких хворих, а й скоротити терміни лікування, частоту їх госпіталізації до хірургічного стаціонару та ризик високої ампутації нижньої кінцівки.

## **ДІЯЛЬНІСТЬ МОЗ УКРАЇНИ З ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ТА ОСОБИСТОЇ ЦИФРОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ**

*Лисак В. П.<sup>1</sup>, Голованова І. А.<sup>2</sup>, Вовк О. Я.<sup>3</sup>, Комар А. В.<sup>2</sup>, Ляхова Н. О.<sup>2</sup>,  
Бєлікова І. В.<sup>2</sup>, Хорош М. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Департамент охорони здоров'я при Полтавській облдержадміністрації,  
Полтава, Україна

<sup>2</sup>Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

<sup>3</sup>Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер, Полтава, Україна

Цифрова компетентність стає невіддільною складовою професійної діяльності працівників охорони здоров'я, і роботу над її розвитком важливо розпочинати як в процесі здобуття медичної освіти, так і в процесі безперервного професійного розвитку. Використання цифрових технологій у медицині та розвиток електронної охорони здоров'я (eHealth) в Україні спонукає медичних працівників застосовувати нові цифрові рішення та інструменти у своїй роботі.

Процес цифрової трансформації охорони здоров'я в Україні спонукає медичних працівників використовувати нові цифрові рішення та інструменти у своїй роботі. Цифрова компетентність стає невіддільною складовою професійної діяльності працівників охорони здоров'я, і роботу над її розвитком важливо розпочинати в процесі здобуття медичної освіти.

МОЗ України провело зустрічі з представниками фахової передвищої, вищої та післядипломної медичної й фармацевтичної освіти, на яких обговорили:

- проєкт рамки цифрових компетентностей майбутніх медичних працівників, розроблений за підтримки проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»;