

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**

**IV Всеукраїнської науково-практичної  
конференції з міжнародною участю  
«Екстрена та невідкладна допомога  
в Україні: організаційні, правові,  
клінічні аспекти»  
23 лютого 2024 року**



**ПОЛТАВА  
2024**

**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. (2024; Полтава).**

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 23 лютого 2024 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2024. – 180 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, 2024**

осіб. Які мали на волосистій частині голови (2 дітей), шкірі тулуба (1 дитина) та шкірі верхньої кінцівки (3 дитини) підозріле світіння з зеленим відтінком. Серед оглянутих лікарем було підтверджено клінічно наявність захворювання у 1 дитини.

Лампа Вуда – лампа, яка випромінює в найбільш довгохвильовій частині ультрафіолетового діапазону і, на відміну від кварцових ламп, практично не дає видимого світла. Вона дозволяє виявити захворювання такі як мікроспорія, червоний плесканий лишай, вітиліго, лейкоплакія, судинний невус. Світіння під час опромінення може бути різне світло-синє, біле, коричневе, зелене.

Висновки: лампа Вуда, яку можна використати за межами лікарні гарний прилад для попереднього діагностування мікроспорії, але для остаточного діагнозу та призначення лікування не достатньо лише зеленого світіння під ультрафіолетом, повинна бути наявність в зішкрібі матеріалу фрагменти патологічних грибів.

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КІСТКОВИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

*Дудченко М.О.<sup>1</sup>, Краснов О.Г.<sup>1</sup>, Кравців М.І.<sup>1</sup>, Засць С.М.<sup>1</sup>,  
Прихідько Р.А.<sup>1,2</sup>, Немченко І.І.<sup>1</sup>, Сагарадзе С.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Полтавський державний медичний університет МОЗ України<sup>1</sup>

<sup>2</sup>КП «3-я міська клінічна лікарня», м. Полтава<sup>2</sup>

**Вступ.** Серед ускладнень цукрового діабету одним з важливіших є синдром діабетичної стопи (СДС), який є комплексом уражень стопи за рахунок діабетичної ангіопатії, нейропатії та остеоартропатії, з розвитком важких гнійно-некротичних змін. У 10-50% хворих на СДС спостерігається ураження кісткової тканини у вигляді остеомієліту (ОМ), діабетичної остеоартропатії (ДО), які є одними з найскладніших проявів СДС. Рання діагностика ОМ і ДО у хворих на СДС є дуже непростою, а їх наявність у

таких хворих значно збільшує ризик ампутації кінцівки. Раніше вважалося, що лікуванням ОМ і ДО є тільки радикальне видалення інфікованої кісткової тканини. Проте резекція важливої ділянки стопи часто веде до порушення її опорної функції та подальшого руйнування. Останнім часом з'явилися дані про ефективність консервативного підходу до лікування ОМ і ДО з тривалою антибактеріальною терапією та економними втручаннями. Це свідчить про актуальність проблеми діагностики та лікування уражень кісткової тканини при СДС та необхідність її подальшого вивчення.

**Мета дослідження:** поліпшення результатів лікування уражень кісткової тканини у хворих із СДС, зниження частоти високих ампутацій кінцівок та смертності.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами проведено обстеження та лікування 658 хворих на СДС II В-III В стадії за Meggit-Wagner 2 МКЛ м. Полтави та МЦ «Медіон» протягом 2012-2022 років. Хворим було проведено загальноклінічне обстеження, рентгенографія стоп, ультразвукове дуплексне ангиосканування нижніх кінцівок, бактеріологічне дослідження рани та вимірювання площі ран. При виникненні сумнівів щодо наявності ОМ у 13 пацієнтів основної групи проводили біопсію кісткової тканини. Першу (основну) групу (315 пацієнтів) склали хворі, у яких застосовували сучасні підходи до діагностики та лікування ОМ з перевагою консервативного лікування. Другу (контрольну) групу (343 хворих) склали хворі, у яких діагностику ураження кісток стопи проводили за даними рентгенографії, переважало радикальне хірургічне лікування. Хворі на СДС обох груп були розподілені на дві підгрупи: I – нейропатична форма, II – нейроішемічна форма. За віково-статевим складом як у першій, так і в другій групах переважали жінки віком від 50 до 70 років.

**Результати дослідження.** Діагноз нейроішемічної форми СДС встановлено у 57 (18,1%) пацієнтів основної групи та 59 (17,2%) пацієнтів контрольної групи. Інші пацієнти мали нейропатичну форму СДС. Середня площа виразкових дефектів становила  $2,2 \pm 0,3 \text{ см}^2$ , вони локалізувалися в

зонах найбільшого тиску при ходьбі. Магістральний кровоток у стегново-підколінному сегменті був збережений у 295 (93,7%) хворих основної групи та у 317 (92,4%) – контрольної групи. Прояви нейропатії різного ступеня були характерні для всіх хворих на СДС, найбільш характерним і раннім було порушення температурної чутливості.

У 191 (60,7 %) хворого основної та у 239 (69,7 %) пацієнтів контрольної групи виявлено II В стадію за Meggit-Wagner. У 124 (39,3 %) пацієнтів основної та у 104 (30,3 %) пацієнтів контрольної групи виявлено III стадію за Meggit-Wagner. Деструктивні зміни кісткової тканини без пошкодження шкіри виникли у 11 (3,5%) пацієнтів основної групи та у 9 (2,6%) пацієнтів контрольної групи. Деструктивні зміни не завжди виявлялися рентгенологічно, що мало місце у 46 (37,1%) хворих основної групи у 41 (39,4%) хворого основної групи з кістковою деструкцією. Для діагностики ОМ за відсутності його ознак на рентгенограмі за наявності клінічної картини деструкції використовували магнітно-резонансну томографію (МРТ) та КТ. За локалізацією ураження хворі розподілилися наступним чином: з ураженням дистального відділу стопи було 72 (58,1 %) хворих в основній групі та 76 (73,1 %) – у контрольній групі; пошкодження проксимального відділу стопи – у 41,9 та 26,9% пацієнтів відповідно. У 148 (46,9%) хворих основної групи та у 120 (34,9%) контрольної групи в рані виявлено поєднання 2-3 типів мікроорганізмів, а 4-8 мікроорганізмів у 59 (18,7%) пацієнтів основної та у 41(11,9%) пацієнта контрольної групи. Таким чином, в основній групі асоціації кількох мікроорганізмів виявлялися частіше, ніж у контрольній. Мікробний склад поверхневих та глибоких виразок не відрізнявся, також не виявлено відмінностей мікрофлори у пацієнтів із деструкцією кісткової тканини. Асоціації 2-3 мікроорганізмів та моноінфекція частіше спостерігалися при нейроішемічній формі, а 4-8 мікроорганізмів – при нейропатичній формі. Для бактеріологічного та гістологічного дослідження у 13 пацієнтів основної групи було відібрано по 2-3 проби для підтвердження наявності ОМ. За результатами

патогістологічного дослідження за допомогою пункції ми виявили картину гострого ОМ у 2 (15,4%) хворих, хронічного ОМ — у 7 (53,8%) хворих, ДО — у 4 (30,8%) хворих.

Консервативна терапія ураження кісткової тканини у хворих на СДС була можлива при позитивній динаміці ранового процесу, відсутності прогресування інфекції, а також за наявності ішемії м'яких тканин та пошкодженні проксимального відділу стопи. Хворим обох груп призначали медикаментозну терапію, яка включала компенсацію вуглеводного обміну, усунення проявів ішемії стопи, метаболічну, симптоматичну терапію. Ми прагнули якнайшвидше розпочати антибактеріальну терапію у пацієнтів з СДС. Тривалість курсу залежала від перебігу ранового процесу. У разі виконання резекції змінених кісток внаслідок ОМ призначали антибактеріальну терапію коротким курсом протягом одного-двох тижнів. У тих випадках, коли проводилась консервативна терапія ОМ, призначався тривалий курс антибактеріальної терапії на термін до 6 тижнів. Для корекції ДО використовували розвантаження стопи: носіння ортопедичного взуття, іммобілізуючі розвантажувальні пов'язки, милиці. Місцеве лікування залежало від фази ранового процесу з використанням принципу «вологого загоєння рани». Неефективність лікування ОМ у наших пацієнтів спостерігалася у випадках, коли спектр дії антибактеріальних препаратів не перекривав впливу мікроорганізмів, терапія тривала недостатньо довго, після хірургічного лікування залишалися ділянки інфікованої кісткової тканини.

Хірургічне лікування кісткових уражень проводили при поширенні інфекції на м'які тканини, прогресуючій кістковій деструкції, за наявності кісткової тканини в рані. Виконували різні види некректомії, яку проводили механічним та хімічним методом. Розтин абсцесу та флегмони стопи було проведено у 54 (17,1%) пацієнтів основної групи, ампутація та екзартикуляція пальців – у 78 (24,8%), резекція або ампутація стопи – у 14 (4,4%) хворих, некректомії, в тому числі й множинні етапні, виконано 152 рази у пацієнтів основної групи. У 4 (1,3%) пацієнтів ампутацію виконано на

рівні гомілки та у 6 (1,9%) – на рівні стегна. У контрольній групі розтин абсцесу та флегмони стопи виконано у 38 (11,1%) пацієнтів, ампутація та екзартикуляція пальців – у 157 (45,8%), резекція або ампутація стопи – у 22 (6,4%) хворих, некректомії виконано 127 разів. У 8 (2,3%) хворих виконано ампутацію на рівні гомілки та у 13 (3,8%) – на рівні стегна. На фоні лікування померли 3 (1,0%) хворих основної групи та 6 (1,8%) пацієнтів контрольної групи. Середні терміни загоєння ран становили  $32,4 \pm 1,5$  доби в основній групі та  $24,3 \pm 1,6$  доби в групі контролю. При цьому опорна функція стопи була збережена у 253 (80,3%) пацієнтів основної групи та у 221 (64,4%) контрольної групи.

**Висновки.** Радикальне хірургічне лікування ОМ є кращим, якщо воно не призводить до порушення опорної функції стопи. При ураженні проксимального відділу та тилу стопи слід прагнути зберегти опорну функцію стопи, що потребує тривалої антибактеріальної терапії на фоні економних оперативних втручань. Рання діагностика ОМ стопи та індивідуальний підхід до хірургічного лікування та антибактеріальної терапії ОМ приводять до збереження якості життя хворих з СДС та знижують ризик високої ампутації нижньої кінцівки.

## **ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ БІЖЕНЦЯМ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

*Жара Г. І.*

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна  
Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка,  
Чернігів, Україна

**Вступ.** Вторгнення росії в Україну спричинило масову міграцію цивільного населення внаслідок численних руйнацій та постійної загрози життю і здоров'ю людей. За даними Центру економічної стратегії (ЦЕС), на сьогодні від 5,6 до 6,7 мільйонів українців залишаються за кордоном. Як і будь-яке населення, вимушені мігранти є різноманітною групою з однаково

## ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України, Ректора полтавського державного медичного університету <b>Вячеслава Ждана</b> .....	3
Вітальне слово завідувача кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора <b>Ірини Голованової</b> .....	4
Вітальне слово директора видавництва ALUNA (Польща), видавничого директору наукового журналу «Emergency Medical Service», док. н. гум. <b>Анни Лучинської</b> .....	5
<b>Катеренчук І.П.</b> Діагностика життєнебезпечних клініко-електрокардіографічних синдромів як причини раптової смерті (лекція).....	6
<b>СТАТТІ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</b>	
<b>Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А., Подвін А.М., Харченко Н. В., Ляхова Н. О.</b> Порівняльний аналіз проходження військово -лікарської комісії: огляд міжнародного досвіду та викликів в Україні.....	17
<b>Гринь К.В.</b> Панічна атака, як невідкладний стан в контексті тривожних та стресових розладів в умовах воєнного стану в Україні.....	21
<b>Кулик Е.А., Юрченко В.С.</b> Судинні захворювання головного мозку та надання невідкладної допомоги.....	27
<b>Левков А.А., Горошко В.І., Шарпов І.Г., Самбурська С.І., Гордієнко О.В., Мизгіна Т.І.</b> Реабілітація після травми щелепи.....	35
<b>Левков А.А., Клеценко Л.В., Вишар Є.В., Курило А.І., Колісник К.В.</b> Надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями.....	39
<b>Левков А.А., Марченко С.М., Боголюб М.А., Кулик Е.А., Юрченко В.С., Боголюб В.В.</b> Домедична допомога при проникаючих пораненнях грудної клітки.....	45
<b>Левков А.А., Рибалко Л.М., Москаленко П.О., Москаленко І.В., Гулько Т.Ю.</b> Види ушкоджень у бойових і небойових умовах.....	52
<b>Могильник А.І., Тарасенко К.В., Давиденко А.В., Могильник А.М., Шандиба О.В., Архіповець О.О.</b> Медичне сортування – запорука ефективної екстреної медичної допомоги.....	58
<b>Сергата Є. В.</b> Особливості нормативно-правових актів, що гарантують медичне забезпечення співробітників МВС в мирний та воєнний час.....	66
<b>Харченко Н. В., Плужнікова Т. В., Подвін А. М.</b> Зарубіжний досвід психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях.....	77
<b>ТЕЗИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</b>	
<b>Бойко В. В., Цвик М. А.</b> Досвід роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди КП «Полтавський обласний санаторій для дітей з порушенням опорно-рухового апарату пор» в умовах сьогодення.....	83
<b>Брехунцов В.О.</b> Професійне вигорання медичних працівників під час війни.....	85
<b>Бублик О.О.</b> Аналіз показників надання хірургічної стоматологічної допомоги дитячому населенню на рівні м. Полтави.....	87
<b>Бурмінова Н. В.</b> Безпека та конфіденційність пацієнтів у контексті телемедицини в екстреній допомозі.....	89
<b>Гаджула Н.Г., Федик Т.В., Квірікашвілі А.М.</b> Ускладнення ендодонтичного лікування зубів на етапі obturaції кореневих каналів: ризики, клінічні прояви, невідкладна допомога.....	91
<b>Городова-Андрєєва Т.В., Ляховський В.І., Кравців М.І., Краснов О.Г.</b> Ефективність застосування вакуумної терапії з інстиляціями l-аргініну при лікуванні гнійних ран м'яких тканин.....	94
<b>Данильченко Світлана, Бабкіна Олена</b> Короткий огляд основних адаптивних приладів у фізичній реабілітації.....	98
<b>Денисюк Т.М., Краснова О.І.</b> Особливості діяльності КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради».....	102
<b>Дмитрієва А. А.</b> Своєчасне та адекватне виявлення хворих на мікроспорію для запобігання утворення епідеміологічних спалахів у колективі.....	105
<b>Дудченко М.О., Краснов О.Г., Кравців М.І., Заєць С.М., Прихідько Р.А., Немченко І.І., Сагарадзе С.А.</b> Актуальні питання діагностики та лікування кісткових уражень у хворих з синдромом діабетичної стопи.....	106
<b>Жара Г. І.</b> Європейський досвід надання екстреної та невідкладної допомоги біженцям під час війни.....	110