

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ

Н.В.Малик¹, В.В.Коряк²

¹Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

²ННМК «УК» ХНМУ, м.Харків, Україна

За даними ВОЗ смертність від цукрового діабету (ЦД) зростає у 2-3 рази та суттєво скорочує тривалість життя пацієнтів. Розповсюдженість захворювання дозволяє говорити про неінфекційну епідемію діабету.

Ураження нижніх кінцівок – одна з головних причин інвалідизації хворих на ЦД. Близько 175-180тис. мешканців України отримують інсулін. У 4–10% хворих на ЦД реєструють синдром діабетичної стопи (СДС), в структурі якого трофічні виразки складають приблизно 85%, остання частина припадає на абсцеси, флегмони та інші процеси, що розвиваються як ускладнення трофічної виразки.

В теперішній час прийняття нової реформи системи охорони здоров'я України об'єм надання первинної медичної допомоги сімейними лікарями значно зростає. Пацієнти з цукровим діабетом будуть спостерігатись сімейним лікарем. Тому велике значення набуває більш ретельне навчання лікарів загальної практики веденню цих пацієнтів.

Діабетична полінейропатія (ДП) – саме розповсюджене ускладнення ЦД, яке погіршує якість життя пацієнтів і є фактором ризику розвитку третинних ускладнень, таких як синдром діабетичної стопи, що є ведучою причиною нетравматичних ампутацій, діабетичної ангіопатії та стопи Шарко. Частіш за все клінічно діабетична стопа протікає безсимптомно, однак сприяє мікротравматизації та послідуєчому формуванню виразок нижніх кінцівок.

На кафедрі загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ХНМУ при проходженні циклу «загальна практика – сімейна медицина» при викладанні сімейним лікарям-інтернам питань лікування пацієнтів з ендокринною патологією, а саме, цукрового діабету, велике значення приділяється своєчасній діагностиці, профілактиці, клінічним симптомам, лікуванню цього захворювання, а також його ускладненням. З цією метою на заняттях висвітлюються питання про несвоєчасне звертання пацієнтів в клініку, низьку інформованість населення про правила догляду за стопою, соціальні та культурні звички, які частіш за все призводять до пошкоджень стопи, інфікуванню та послудуючій ампутації.

До 70% ампутацій нижніх кінцівок трапляється внаслідок розвитку ускладнень ЦД. Рання діагностика захворювання та правильна організація клінічної допомоги – ключ до покращення результатів лікування ДС, зниження ризику ампутації кінцівки і випадків летальних наслідків.

В теперішній час, коли країна вступає в другий етап реформування всіх рівнів медичної допомоги, а саме, коли «гроші йдуть за пацієнтом», на заняттях з лікарями-інтернами при викладанні питань ведення пацієнтів з цукровим діабетом велике значення приділяється питанням визначення тієї межі, коли

сімейний лікар обов'язково повинен скерувати пацієнта до вузького спеціаліста для попередження тяжких ускладнень цього захворювання.

При проходженні теми інтегрованого ведення і маршруту пацієнтів з цукровим діабетом лікарі-інтерни більш поглибніше вчаться діагностиці перших симптомів цього захворювання: печінню, дискомфорту, зниженню чутливості в ногах, надмірній сухості шкіри стоп та зміні форми та структури нігтів, зміні форми стопи. З цією метою на кафедрі проводяться клінічні розбори з демонстрацією хворих, ведеться самостійна курація пацієнтів. На заняттях велике значення приділяється огляду ніг пацієнтів з ЦД (виявлення деформацій кінцівок, визначення пульсації на *a. dorsalis pedis*, *a. tibialis posterior*, дослідження чутливості, оцінка шкіри між пальцями ніг, а також огляд взуття пацієнта).

Висока доля ампутацій та смертності, в основному, обумовлена поганою інформованістю хворих про наслідки ускладнень ЦД. Частіш за все хворі з трофічними виразками нижніх кінцівок не лікуються у фахівців або починають лікування дуже пізно. Сімейний лікар повинен довести до свідомості пацієнта, що ампутація кінцівки не тільки загрожує його життю, але може призвести до залежності від інших осіб протягом всього життя, непрацездатності та серйозним стражданням. Крім того, СДС та ампутація – ускладнення ЦД, які потребують дорогокоштуючого лікування.

На базі ендокринологічного відділення (метаболічних розладів) Навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка» ХНМУ проходить лікування велика кількість пацієнтів з вперше діагностованим ЦД та пацієнти з ускладненнями ЦД. Сімейні лікарі-інтерни самостійно курірують пацієнтів з цукровим діабетом, визначають тактику лікування, використовують покроковий, індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Головний принцип терапії ЦД є ідеальна, тобто близька до нормальних метаболічних показників, компенсація діабета вже на початку захворювання. Важливим є діагностика в максимально ранні строки захворювання діабетичної нейропатії, ретинопатії, нефропатії, уражень серцево-судинної системи. Клініка має необхідне сучасне обладнання для обстеження та лікування пацієнтів. До лікування таких пацієнтів залучаються висококваліфіковані спеціалісти різних профілей. На прикладі лікування пацієнтів на ЦД лікарі-інтерни вчаться тому, що мультидисциплінарний підхід до лікування ускладнень ЦД, рання діагностика і лікування патології магістральних судин нижніх кінцівок дають змогу зменшити частоту ампутації кінцівок та сприяє реальному скороченню кількості хворих з запущеними, незворотніми формами судинних ускладнень. Основним шляхом профілактики всіх ускладнень ЦД є досягнення нормоглікемії.

На базі клініки відкрито подологічний кабінет за доглядом за діабетичною стопою, де лікарі-інтерни мають змогу ознайомитись з його роботою. Кабінет обладнан за всіма стандартами міжнародних вимог. В ньому працює висококваліфікований подолог з багаторічним досвідом роботи, який в своїй роботі використовує щадячі техніки обробки стоп та обов'язково враховує

біомеханіку стопи. Відвідування цього кабінету пацієнтами передбачає обробку діабетичної стопи із збереженням вимог підвищеної стерильності та максимальної акуратності маніпуляцій.

В багатьох випадках, нажаль, пацієнти не звертають уваги на свої стопи до тих пір, поки не з'являються скарги на біль, оніміння, появу тріщин та виразок, зміну кольору нігтів. Але як тільки з'являється проблема, її лікування є непростим. Тому при проходженні циклу загальної практики – сімейної медицини лікарі-інтерни вчаться надавати поради пацієнтам щодо регулярного огляду ніг за допомогою дзеркала, використання спеціальної косметики, вибору зручного взуття..

Крім того, в клініці впроваджуються нові методики діагностики та лікування ЦД, постійно втілюються освітні і навчальні програми для пацієнтів щодо профілактики захворювання, догляду за стопами, що безумовно є наглядним прикладом для лікарів-інтернів ведення пацієнтів з цією патологією. Лікарі-інтерни беруть участь в проведенні занять з пацієнтами, лекціях, на яких пацієнти одержують рекомендації, як правильно підбирати та носити ортопедичне взуття, обмінюватись знаннями та досвідом.

Таким чином, мета лікарів загальної практики є покращення якості життя людей з ЦД шляхом кращої їх інформованості про захворювання та його наслідки, забезпечення адекватного доступу до медичного обслуговування та засобам самоконтролю. Тільки при виконанні цих умов можливо зберегти працездатність пацієнта з ЦД, попередити розвиток тяжких ускладнень і тим самим досягнути високої якості їх життя.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КРІОКОНСЕРВОВАНИХ БІОРЕПАРАТІВ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ АВТОІМУННОГО УРАЖЕННЯ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Малова Н. Г., Комарова І. В., Сиротенко Л. А., Бречка Н. М.,
Курилко Ю.С., Спиридонов А. В.

Державна установа «Інститут проблем ендокринної патології
ім. В. Я. Данилевського НАМН України» (ДУ ШЕП), м. Харків

Лікувальна ефективність продуктів ембріофетоплацентарного комплексу, зокрема, стовбурових клітин, для терапії аутоімунних захворювань, в тому числі й АІТ, обґрунтована їх поліфункціональністю. Використання стовбурових клітин може бути доцільним доповненням до багатьох видів фармакотерапії.

Метою даної роботи стала оцінка коригуючого впливу біопрепарату мезенхімальних стовбурових клітин на ряд показників імунної системи щурів з аутоімунним ураженням щитовидної залози.

Експериментальний АІТ у щурів викликали згідно з методичними рекомендаціями шляхом імунізації антигеном ЩЗ людини, виділеної субопераційно, в комбінації з повним ад'ювантом Фрейнда. Кріоконсервовані клітини фетальних мезенхімально-мезодермальних тканин (КФМТ) вводили