Journal of Health Development
e2663-1776

Обзорная статья

Современные стратегии организации реабилитационных мероприятий при трофических язвах нижних конечностей

Хасенов Д.Т. [1*], Ермахан Ж.Т. [2], Серик Б. [3], Сапарбаев С.С. [4], Койшибаев Ж.М. [5], Сулейменова Р.К. [6]

[1] PhD студент, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан
[2] PhD студент, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан
[3] Доцент-исследователь кафедры общественного здоровья и гигиены, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан
[4] Медицинский директор по научно-клинической работе клиники Аль-жами, Актобе, Казахстан
[5] Доцент кафедры травматологии и ортопедии, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан
[6] Заведующая кафедрой общественного здоровья и гигиены, Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан
* Автор для корреспонденции: didarkhassenov@gmail.com

Received: 17 May 2025
Revised: 04 June 2025
Accepted: 26 June 2025
Published: 30 June 2025

Citation: Hasenov D.T., Ermahan Zh.T., Serik B., Saparbaev S.S., Kojshibaev Zh.M., Sulejmenova R.K. Sovremennye strategii organizacii reabilitacionnyh meroprijatij pri troficheskih jazvah nizhnih konechnostej. J Health Dev. 2025, 60 (3), jhd007. https://doi.org/10.32921/2663-1776-2025-60-3-jhd007

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Резюме

Хронические незаживающие трофические язвы нижних конечностей представляют собой серьезную медико-социальную проблему, распространенность которой среди взрослого населения развитых стран составляет 1-2%, увеличиваясь до 4-5% у лиц старше 65 лет. Высокая частота рецидивов, значительное экономическое бремя и недостаточная эффективность существующих протоколов лечения и отсутствия протоколов реабилитации, сфокусированных на отдельных аспектах патологического процесса, обуславливают необходимость внедрения комплексного реабилитационного подхода. Ведение таких пациентов требует реализации трехэтапной системы реабилитации с участием мультидисциплинарной команды специалистов, включающей врачей-реабилитологов, сосудистых хирургов, кардиологов, физиотерапевтов и социальных работников.

Цель исследования: Систематизация современных данных об организации комплексной реабилитации пациентов с хроническими трофическими язвами нижних конечностей.

Выводы: Реабилитация пациентов с трофическими язвами требует применения мультидисциплинарного подхода с обеспечением преемственности между стационарным и амбулаторным этапами, особым вниманием к контролю факторов риска сердечно-сосудистых осложнений и внедрением персонализированных программ, учитывающих медицинские, психологические и социальные аспекты заболевания.

Ключевые слова: трофические язвы, реабилитация, качество, доступность и оценка медицинской помощи, команда по уходу за пациентом, качество жизни.

1. Введение

Проблема длительно незаживающих трофических язв нижних конечностей представляет собой серьезную медико-социальную проблему, имеющую значимые последствия для общественного здравоохранения [1]. Распространенность этого заболевания, достигающая 1-2% среди взрослого населения развитых стран и увеличивающаяся до 4-5% у лиц старше 65 лет [2], обусловливает высокую нагрузку на систему здравоохранения. В России ежегодно регистрируется около 2,5 миллионов пациентов с трофическими язвами различной этиологии, что подчеркивает масштаб проблемы [3].

Экономическое бремя лечения одного пациента, варьирующееся от 3000 до 11000 евро в год, создает существенное давление на бюджет здравоохранения [4]. При этом, значительная доля пациентов (60-70%) сталкивается с временной или стойкой утратой трудоспособности, что не только снижает качество их жизни, но и приводит к экономическим потерям для общества [5].

Несмотря на достижения современной медицины, результаты лечения трофических язв остаются неудовлетворительными. Анализ отдаленных результатов лечения свидетельствует о высокой частоте рецидивов трофических язв: в течение первого года после эпителизации повторное образование возникает у 40% пациентов, к третьему году наблюдения данный показатель достигает 60%, а при пятилетнем наблюдении частота рецидивов составляет 65% случаев [6].

Существующие протоколы лечения часто не учитывают комплексный характер проблемы, фокусируясь на отдельных аспектах патологического процесса. Недостаточное внимание уделяется преемственности между стационарным и амбулаторным этапами лечения, а также отсутствуют единые стандарты реабилитационных мероприятий [7].

В научной литературе наблюдается недостаток систематизированных данных об организации этапной реабилитации пациентов с трофическими язвами, отсутствуют четкие алгоритмы выбора методов реабилитации в зависимости от стадии раневого процесса и коморбидного фона. Существующие рекомендации часто не учитывают психологические аспекты реабилитации и необходимость социальной адаптации пациентов [8]. Кроме того, остается неизученным вопрос экономической эффективности различных моделей организации реабилитационной помощи в Казахстане.

Цель обзорной статьи является систематизация современных данных об организации комплексной реабилитации пациентов с хроническими трофическими язвами нижних конечностей.

2. Методология

Информационный поиск проводился в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science и eLibrary за период 2014–2024 гг. В обзор включены первичные (дескриптивные и аналитические) и вторичные исследования (систематические обзоры, метаанализы), методические рекомендации и клинические руководства. Поиск осуществлялся следующим по ключевым словам: «трофические язвы», «хронические раны», «реабилитация», «wound healing», «trophic ulcers», «rehabilitation». В результате анализа отобрано более 200 источников, из которых для детального рассмотрения включены 35 публикаций.

3. Современное состояние проблемы

Заболевания периферических артерий (ЗПА) являются одной из ведущих причин развития хронических язв нижних конечностей. По данным исследований, частота хронических язв у пациентов с ЗПА варьируется от 20% до 70% имеют хронические язвы на ногах [9–12]. У пациентов с хронической язвой ноги вероятность развития осложнений со стороны ЗПА составляет от 37% до 70% [10,13–16]. Без своевременного и соответствующего вмешательства прогрессирующая ишемия, связанная с ЗПА, увеличивает риск ухудшения состояния раны нижних конечностей в течение 1 года на 35% и вероятность большой ампутации на 22% [16]. Пятилетняя смертность после постановки диагноза ишемической язвы в 55% превышает смертность от

рака молочной железы и рака предстательной железы, вместе взятых [17].

Глобальные исследования показывают, что 236,62 млн (5,56%) человек в возрасте 25 лет и старше имеют заболевание периферических артерий, из которых 73% проживают в странах с низким и средним уровнем дохода [18]. Во всем мире 52,23% людей с заболеванием периферических артерий составляют женщины [19].

Особенностью данной патологии является высокая доля бессимптомного течения. Более 50% пациентов с ЗПА не предъявляют жалоб на начальных стадиях заболевания [20,21]. Атеросклероз, основной патологический процесс большинства сердечно-сосудистых заболеваний, протекает преимущественно бессимптомно, и точно определить его заболеваемость сложно. Более того, атеросклероз может начаться в детстве и оставаться скрытым и бессимптомным в течение многих лет, прежде чем прогрессировать в средний и пожилой возраст [22,23].

При этом в ряде стран, включая Республику Казахстан, наблюдается несоответствие между высокой распространенностью заболевания и доступностью специализированной реабилитационной помощи. На территории Казахстана до настоящего времени не разработаны стандартизированные программы реабилитации для пациентов, перенесших эндоваскулярные вмешательства по поводу заболеваний периферических артерий. Существенным ограничивающим фактором является также отсутствие данной нозологии в перечне заболеваний, подлежащих реабилитации в рамках системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), что значительно снижает доступность восстановительного лечения для данной категории пациентов [24].

4. Экономическая нагрузка для системы здравоохранения

Финансовые затраты для пациентов с хроническими трофическими язвами нижних конечностей, представляют значительную нагрузку на систему здравоохранения. В Великобритании в 2014–2015 годах расходы Национальной службы здравоохранения (NHS) на лечение данной патологии составили 837–962 млн фунтов стерлингов, что эквивалентно почти 1% национального бюджета здравоохранения [25,26]. Примечательно, что 90% затрат было вызвано язвами стопы, а не ампутациями, при этом две трети расходов приходились на первичные, общественные или амбулаторные учреждения.

В России среди пациентов, госпитализированных по поводу язвы стопы по шкале Вагнера, средние затраты составили: 1-2450 €, 2-2821 €, 3-3937 € и 4-5340 € [27]. На стоимость лечения наибольшее влияние оказали продолжительность пребывания в больнице, хирургия стопы и сосудистая хирургия.

Принимая во внимание значительное финансовое бремя, которое создают трофические язвы нижних конечностей для систем здравоохранения разных стран, особую актуальность приобретает поиск оптимальных с экономической точки зрения подходов к реабилитации. Согласно данным исследования, комплексная реабилитация с включением физических упражнений демонстрирует значительную экономическую эффективность по сравнению с инвазивными методами лечения у пациентов с перемежающейся хромотой при заболеваниях периферических артерий. Сравнительный анализ затратоэффективности 6-месячной программы физической реабилитации подтверждает преимущества реабилитационного подхода [28].

5. Системы организации реабилитационной помощи

Атеросклеротическое поражение периферических артерий представляет собой системное заболевание с неблагоприятным долгосрочным прогнозом. Несмотря на то, что клиническая картина перемежающейся хромоты может оставаться относительно стабильной на протяжении длительного времени, у таких пациентов значительно повышен риск развития как летальных, так и не летальных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы [29].

Ведение таких пациентов предполагает участие врачей разных специальностей, в связи с чем использование принципа мультидисциплинарного подхода является основополагающим при проведении реабилитационных мероприятий. В состав мультидисциплинарной бригады входят

следующие специалисты: врач реабилитолог, сосудистый хирург, кардиолог, терапевт, эрготерапевт, кинезиотерапевт, специалисты по функциональной диагностике, психотерапевт, социальный работник [30].

Мультидисциплинарная команда осуществляет комплексную оценку реабилитационного потенциала пациента, формулирует цели восстановительного лечения, составляет персонализированную программу реабилитационных мероприятий, реализует их на практике, а также координирует участие различных специалистов на всех этапах реабилитационного процесса, определяя оптимальную продолжительность и эффективность их вовлечения.

Реабилитация пациентов с трофическими язвами реализуется поэтапно с соблюдением принципа преемственности. Первый этап включает раннюю послеоперационную реабилитацию, интенсивную физическую терапию и стабилизацию состояния пациента. На втором этапе в специализированном отделении осуществляются комплексные программы реабилитации с использованием мультидисциплинарного подхода и интенсивной работы с пациентом. Третий, амбулаторно-поликлинический этап, направлен на продолжение реабилитационных мероприятий, мониторинг состояния, профилактику рецидивов и консервативное лечение под наблюдением ангиохирурга. Пациентам, у которых консервативная терапия оказывается неэффективной, проводится хирургическое вмешательство с последующим комплексом реабилитационных процедур, включая лечебную физкультуру и физиотерапию [31].

6. Компоненты реабилитационной программы

Комплексная реабилитационная программа включает несколько ключевых компонентов, каждый из которых направлен на улучшение состояния пациента и минимизацию рисков. Особое внимание уделяется физической реабилитации, которая включает как индивидуальные, так и групповые занятия, направленные на улучшение подвижности и восстановление функциональных возможностей. Психологическая поддержка играет не менее важную роль, поскольку она способствует повышению мотивации пациентов и их уверенности в процессе лечения. В программу также входит изменение образа жизни и контроль факторов риска, таких как неправильное питание, малоподвижный образ жизни или вредные привычки. Дополнительно проводится обучение пациентов, направленное на профилактику осложнений и повышение их осведомленности о правильном уходе за своим здоровьем [31].

Также, первичная медицинская помощь играет ключевую роль в профилактике трофических язв нижних конечностей. Основное внимание уделяется контролю таких факторов риска, как сахарный диабет, сосудистая патология, ожирение и никотиновая зависимость. Своевременная диагностика и начало реабилитации значительно снижают вероятность развития осложнений. Учитывая, что 75% пациентов с ЗПА погибают от сердечно-сосудистых осложнений, кардиологическое сопровождение является важной частью лечебного процесса [29,32].

Важно отметить, что хронические язвы нижних конечностей оказывают значительное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов, вызывая чувства стыда, социальной изоляции и дискомфорта, что проявляется более высокой распространенностью тревожно-депрессивных расстройств по сравнению с общей популяцией. Отсутствие ожидаемого терапевтического эффекта приводит к ощущению потери контроля над своим состоянием и усугублению психологического дистресса, формируя порочный круг, где физическое и психическое состояние взаимно отягощают друг друга. Данная проблема требует особого внимания со стороны психолога в составе мультидисциплинарной команды при оценке качества жизни пациентов и планировании реабилитационных мероприятий [33].

Исследования подтверждают ключевую роль семьи и супругов в организации и осуществлении ухода за пациентами с трофическими язвами. Активное участие родственников в качестве лиц, осуществляющих уход, способствует реализации пациент-ориентированного подхода в реабилитационном процессе [1,34].

Исследования показывают, что комплексная социальная поддержка является неотъемлемой частью ведения пациентов с трофическими язвами нижних конечностей и должна включать бытовую

помощь, психологическое сопровождение и координацию доступа к медицинской помощи и реабилитационным услугам. Развитие эффективной системы социальной поддержки, обеспечивающей доступность необходимых ресурсов и услуг, представляет собой важную задачу в организации реабилитации данной категории пациентов [35].

7. Выводы

Подводя итоги литературного обзора, хронические трофические язвы нижних конечностей представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения, имеющую значимые медицинские, социальные и экономические последствия. Эффективная реабилитация данной категории пациентов требует внедрения трехэтапной системы с четкой преемственностью между стационарным и амбулаторным звеньями. Ключевым элементом успешной реабилитации является мультидисциплинарный подход с участием специалистов различного профиля, включая реабилитологов, сосудистых хирургов, кардиологов, психотерапевтов и социальных работников. Особое значение имеет амбулаторный этап реабилитации, где осуществляется контроль факторов риска сердечно-сосудистых осложнений и проводится образовательная работа с пациентами. Неотъемлемой частью реабилитационного процесса должна быть комплексная социальная поддержка, включающая психологическое сопровождение и помощь в социальной адаптации, при этом важную роль играет вовлечение членов семьи в процесс ухода за пациентом. Также необходимо подчеркнуть необходимость создания и внедрения протокола реабилитации для пациентов с хроническими трофическими язвами нижних конечностей. Систематизация современных подходов к реабилитации позволяет рекомендовать внедрение персонализированных программ реабилитации, учитывающих как медицинские, так и психосоциальные аспекты заболевания, что способствует повышению эффективности лечения и улучшению качества жизни пациентов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Источников финансирования данной работы нет.

Вклад авторов. Концептуализация – Д.Т., Ж.Т.; методология – Д.Т.; экспертиза – Б.С., С.С., Ж.М., Р.К.; формальный анализ – Б.С.; написание (подготовка оригинального черновика) – Д.Т.; написание и редактирование – Д.Т.

Все авторы ознакомились с окончательной версией рукописи и подписали форму передачи авторских прав.

Литература

1. Klein, T. M., Andrees, V., Kirsten, N., Protz, K., Augustin, M., & Blome, C. (2021). Social participation of people with chronic wounds: A systematic review. International wound journal, 18(3), 287–311. https://doi.org/10.1111/iwj.13533

2. Bernardoni, S., Ferrazzano, L., Palladino, C., Artusi, C., Bonvicini, F., Campodoni, E., Gentilomi, G. A., Tolomelli, A., & Sandri, M. (2025). Multiple-Layer Chitosan-Based Patches Medicated With LTX-109 Antimicrobial Peptide for Modulated Local Therapy in the Management of Chronic Wounds. Macromolecular bioscience, 25(2), e2400375. https://doi.org/10.1002/mabi.202400375

3. Potekaev, N. N., Frigo, N. V., Michenko, A. V., L'vov, A. N., Panteleev, A. A., & Kitaeva, N. V. (2018). Hronicheskie, dlitel'no ne zazhivajushhie jazvy i rany kozhi i podkozhnoj kletchatki. Klinicheskaja dermatologija i venerologija (Chronic, long-term non-healing ulcers and wounds of the skin and subcutaneous tissue) [in Russian], 17(6), 7-12. https://doi.org/10.17116/klinderma2018170617

4. Maheshwari, G. (2024). Chronic wounds: A rising public health concern. Wounds APAC, 7(6). Website. [Cited 02 Apr 2025]. Available from URL: https://www.researchgate.net/publication/380074370_Chronic_wounds_a_rising_public_health_concern

5. Frykberg, R. G., & Banks, J. (2015). Challenges in the treatment of chronic wounds. Advances in wound care, 4(9), 560-582. https://doi.org/10.1089/WOUND.2015.0635

6. Armstrong D.G., Boulton A.J.M., Bus S.A. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence, 2017; 376(24): 2367-2375. https://doi.org/10.1056/NEJMRA1615439

7. Klinicheskie protokoly MZ RK (2015). Ateroskleroz briushnoi aorty i arterii nizhnikh konechnostei (Atherosclerosis of the abdominal aorta and arteries of the lower extremities) [in Russian] ot 30 noiabria 2015 goda, № 18. Rezhim dostupa: https://diseases.medelement.com/disease/

8. Nash, D., McClure, G., Mastracci, T. M., & Anand, S. S. (2022). Social Deprivation and Peripheral Artery Disease. The Canadian journal of cardiology, 38(5), 612–622. https://doi.org/10.1016/j.cjca.2021.12.011

9. Bolton L. (2019). Peripheral arterial disease: Scoping review of patient-centred outcomes. International wound journal, 16(6), 1521–1532. https://doi.org/10.1111/iwj.13232

10. Jockenhöfer, F., Gollnick, H., Herberger, K., Isbary, G., Renner, R., Stücker, M., Valesky, E., Wollina, U., Weichenthal, M., Karrer, S., Kuepper, B., Roesch, A., & Dissemond, J. (2016). Aetiology, comorbidities and cofactors of chronic leg ulcers: retrospective evaluation of 1 000 patients from 10 specialised dermatological wound care centers in Germany. International wound journal, 13(5), 821–828. https://doi.org/10.1111/iwj.12387

11. Szeto, S. G., Wan, H., Alavinia, M., Dukelow, S., & MacNeill, H. (2023). Effect of mobile application types on stroke rehabilitation: a systematic review. Journal of neuroengineering and rehabilitation, 20(1), 12. https://doi.org/10.1186/s12984-023-01124-9

12. Lazareth, I., Taieb, J. C., Michon-Pasturel, U., & Priollet, P. (2009). Mesure de l'index de pression artérielle systolique à la cheville chez un patient porteur d'un ulcère de jambe. Faisabilité et performance chez 100 patients consécutifs hospitalisés dans un service spécialisé [Ease of use, feasibility and performance of ankle arm index measurement in patients with chronic leg ulcers. Study of 100 consecutive patients]. Journal des maladies vasculaires, 34(4), 264–271. https://doi.org/10.1016/j.jmv.2009.02.006

13. Criqui, M. H., & Aboyans, V. (2015). Epidemiology of peripheral artery disease. Circulation research, 116(9), 1509–1526. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.303849

14. Forssgren, A., & Nelzén, O. (2012). Changes in the aetiological spectrum of leg ulcers after a broad-scale intervention in a defined geographical population in Sweden. European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery, 44(5), 498–503. https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2012.07.016

15. Hirsch, A. T., Criqui, M. H., Treat-Jacobson, D., Regensteiner, J. G., Creager, M. A., Olin, J. W., Krook, S. H., Hunninghake, D. B., Comerota, A. J., Walsh, M. E., McDermott, M. M., & Hiatt, W. R. (2001). Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. JAMA, 286(11), 1317–1324. https://doi.org/10.1001/jama.286.11.1317

16. Abu Dabrh, A. M., Steffen, M. W., Undavalli, C., Asi, N., Wang, Z., Elamin, M. B., Conte, M. S., & Murad, M. H. (2015). The natural history of untreated severe or critical limb ischemia. Journal of vascular surgery, 62(6), 1642–51.e3. https://doi.org/10.1016/j.jvs.2015.07.065

17. Snyder, R. J., & Hanft, J. R. (2009). Diabetic foot ulcers--effects on QOL, costs, and mortality and the role of standard wound care and advanced-care therapies. Ostomy/wound management, 55(11), 28–38.

18. You, Y., Wang, Z., Yin, Z., Bao, Q., Lei, S., Yu, J., & Xie, X. (2023). Global disease burden and its attributable risk factors of peripheral arterial disease. Scientific reports, 13(1), 19898. https://doi.org/10.1038/s41598-023-47028-5

19. Song, P., Rudan, D., Zhu, Y., Fowkes, F. J. I., Rahimi, K., Fowkes, F. G. R., & Rudan, I. (2019). Global, regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis. The Lancet. Global health, 7(8), e1020–e1030. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30255-4

20. Høyer, C., Sandermann, J., & Petersen, L. J. (2013). The toe-brachial index in the diagnosis of peripheral arterial disease. Journal of vascular surgery, 58(1), 231–238. https://doi.org/10.1016/j.jvs.2013.03.044

21. Chinaliyev, A., Saparbayev, S., Zhakiyev, B., Chinaliyeva, G., Khassenov, D., Sagandykov, I., Abdelazim, I. A., Donayeva, A., Amanzholkyzy, A., Alibekov, B., Arias, L., Dzhantemirova, N., Baubekov, Z., & Karimsakova, B.

(2024). Femoro-popliteal endovascular interventions. Wideochirurgia i inne techniki maloinwazyjne = Videosurgery and other miniinvasive techniques, 19(2), 187–197. https://doi.org/10.5114/wiitm.2024.139548

22. Hong Y. M. (2010). Atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. Korean circulation journal, 40(1), 1–9. https://doi.org/10.4070/kcj.2010.40.1.1

23. Mainieri, F., La Bella, S., & Chiarelli, F. (2023). Hyperlipidemia and Cardiovascular Risk in Children and Adolescents. Biomedicines, 11(3), 809. https://doi.org/10.3390/biomedicines11030809

24. Prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan (2020). Ob utverzhdenii Pravil okazaniia meditsinskoi reabilitatsii (On approval of the Rules for the provision of medical rehabilitation) [in Russian] (Order No. KR DSM-116/2020). Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021381

25. Kerr, M., Barron, E., Chadwick, P., Evans, T., Kong, W. M., Rayman, G., Sutton-Smith, M., Todd, G., Young, B., & Jeffcoate, W. J. (2019). The cost of diabetic foot ulcers and amputations to the National Health Service in England. Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association, 36(8), 995–1002. https://doi.org/10.1111/dme.13973

26. Edmonds, M., Manu, C., & Vas, P. (2021). The current burden of diabetic foot disease. Journal of clinical orthopaedics and trauma, 17, 88–93. https://doi.org/10.1016/j.jcot.2021.01.017

27. Ignatyeva, V. I., Severens, J. L., Ramos, I. C., Galstyan, G. R., & Avxentyeva, M. V. (2015). Costs of Hospital Stay in Specialized Diabetic Foot Department in Russia. Value in health regional issues, 7, 80–86. https://doi.org/10.1016/j.vhri.2015.09.003

28. Treesak, C., Kasemsup, V., Treat-Jacobson, D., Nyman, J. A., & Hirsch, A. T. (2004). Cost-effectiveness of exercise training to improve claudication symptoms in patients with peripheral arterial disease. Vascular medicine (London, England), 9(4), 279–285. https://doi.org/10.1191/1358863x04vm570oa

29. Ramsingh, J., & Kingsmore, D. (2019). Peripheral vascular disease. In Textbook of Vascular Medicine (pp. 473-483). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16481-2_44

30. Walker, C. M., Bunch, F. T., Cavros, N. G., & Dippel, E. J. (2015). Multidisciplinary approach to the diagnosis and management of patients with peripheral arterial disease. Clinical interventions in aging, 10, 1147–1153. https://doi.org/10.2147/CIA.S79355

31. Knyazeva, T. A., Badtieva, V. A., & Trukhacheva, N. V. (2021). Osnovnye printsipy i podkhody k meditsinskoi reabilitatsii bol'nykh s obliteriruyushchim aterosklerozom arterii nizhnikh konechnostei [Basic principles and approaches to medical rehabilitation of patients with atherosclerosis obliterans of lower limb arteries]. Voprosy kurortologii, fizioterapii, i lechebnoi fizicheskoi kultury, 98(4), 54–61. https://doi.org/10.17116/kurort20219804154

32. At, H. (2006). Acc/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for vascular Surgery/Society for vascular Surgery, Society for cardiovascular Angiography and interventions, Society for vascular Medicine and Biology, Society of interventional radiology, and the Acc/AHA task Force on Practice Guidelines (writing committee to Develop Guidelines for the Management .... Circulation, 113, e463-e654. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174526

33. Platsidaki, E., Kouris, A., & Christodoulou, C. (2017). Psychosocial Aspects in Patients with Chronic Leg Ulcers. Wounds: a compendium of clinical research and practice, 29(10), 306–310. https://doi.org/10.25270/wnds/2017.10.306310

34. Gillick M. R. (2013). The critical role of caregivers in achieving patient-centered care. JAMA, 310(6), 575–576. https://doi.org/10.1001/jama.2013.7310

35. Janke, T. M., Kozon, V., Barysch, M., Valiukeviciene, S., Rackauskaite, L., Reich, A., Stępień, K., Jankechova, M., van Montfrans, C., Amesz, S., Conde Montero, E., Augustin, M., & Blome, C. (2023). How does a chronic wound change a patient's social life? A European survey on social support and social participation. International wound journal, 20(10), 4138–4150. https://doi.org/10.1111/iwj.14309

Аяқтың созылмалы жазылмайтын трофикалық жаралары бар науқастар үшін оңалту шараларын ұйымдастырудың заманауи стратегиялары

Хасенов Д.Т. [1], Ермахан Ж.Т. [2], Серик Б. [3], Сапарбаев С.С. [4],
Койшибаев Ж.М. [5], Сулейменова Р.К.

[1] PhD студент, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан
[2] PhD студент, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан
[3] Қоғамдық денсаулық және гигиена кафедрасы доцент-зерттеушісі, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан
[4] Әл-Жәми клиникасының ғылыми-клиникалық жұмыс жөніндегі медициналық директоры, Ақтөбе, Қазақстан
[5] Травматология, ортопедия кафедрасының доценті, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан
[6] Қоғамдық денсаулық және гигиена кафедрасының меңгерушісі, Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан

Түйіндеме

Аяқтың созылмалы жазылмайтын трофикалық жаралары дамыған елдердің ересек тұрғындары арасында 1-2%-ды, ал 65 жастан асқан адамдарда 4-5%-ға дейін жететін күрделі медициналық-әлеуметтік мәселе болып табылады. Жоғары қайталану жиілігі, экономикалық жүктеменің ауқымдылығы және патологиялық үдерістің жекелеген аспектілеріне бағытталған қолданыстағы емдеу хаттамаларының жеткіліксіз тиімділігі кешенді оңалту тәсілін енгізудің қажеттілігін туындатады. Мұндай науқастарды жүргізу оңалту дәрігерлерін, тамырлық хирургтарды, кардиологтарды, физиотерапевттерді және әлеуметтік қызметкерлерді қамтитын мамандардың мультидисциплинарлық командасының қатысуымен 3 кезеңді оңалту жүйесін іске асыруды талап етеді.

Зерттеудің мақсаты: аяқтардағы созылмалы трофикалық жаралары бар науқастарды кешенді оңалтуды ұйымдастыру туралы заманауи мәліметтерді жүйелеу.

Қорытынды. Трофикалық жаралары бар науқастарды оңалту стационарлық және амбулаториялық кезеңдер арасындағы сабақтастықты қамтамасыз ету, жүрек-қантамыр асқынуларының қауіп факторларын бақылауға ерекше назар аудару, сондай-ақ аурудың медициналық, психологиялық және әлеуметтік аспектілерін ескеретін дербестендірілген бағдарламаларды енгізу арқылы мультидисциплинарлық тәсілді қолдануды талап етеді.

Түйін сөздер: трофикалық жаралар, оңалту, медициналық көмектің қолжетімділігі мен бағалануы, пациентке күтім жасау тобы, өмір сүру сапасы.

Modern strategies for organizing rehabilitation measures for trophic ulcers of the lower extremities: Literature review

Didar Khassenov [1], Zhanerke Ermakhan [2], Serik Bakhtiyar [3], Samat Saparbayev [4],
Zhandos Koishibayev [5], Roza Suleimenova [6]

[1] PhD student, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan
[2] PhD student, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan
[3] Associate Professor-Researcher of the department of public health and hygiene, Astana Medical University, Astana, Kazakhstan
[4] Medical Director for Scientific and Clinical Work at Al-Jami, Aktobe, Kazakhstan
[5] Associate professor of the department of traumatology, orthopedics, Astana medical university, Astana, Kazakhstan
[6] Head of the Department of public health and hygiene, Astana medical university, Astana, Kazakhstan

Abstract

Chronic non-healing trophic ulcers of the lower extremities represent a serious medical and social problem, with a prevalence of 1-2% among the adult population in developed countries, increasing to 4-5% in individuals over 65 years of age. The high frequency of recurrence, significant economic burden, and insufficient effectiveness of existing treatment protocols focused on individual aspects of the pathological process necessitate the implementation of a comprehensive rehabilitation approach. Management of such patients requires the implementation of a three-stage rehabilitation system with the participation of a multidisciplinary team of specialists, including rehabilitation physicians, vascular surgeons, cardiologists, physiotherapists, and social workers.

Objective: systematization of current data on the organization of comprehensive rehabilitation for patients with chronic trophic ulcers of the lower extremities.

Conclusions. Rehabilitation of patients with trophic ulcers requires a multidisciplinary approach ensuring continuity between inpatient and outpatient stages, with special attention to controlling risk factors for cardiovascular complications and implementing personalized programs that take into account the medical, psychological, and social aspects of the disease.

Keywords: foot ulcer, rehabilitation, accessibility and assessment of medical care, patient care team, quality of life.