

## ПЕРСОНАЛІЗОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

*Борзих О.А., Лаєренко А.В., Аєраменко Я.М., Кайдашев І.П.*

Полтавський державний медичний університет

**Мета дослідження.** Розробити персоналізований підхід до лікування хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу із супутньою патологією внутрішніх органів шляхом їх ранньої діагностики та підбором обґрунтованої терапії згідно сучасних стандартів.

**Матеріали та методи.** Для встановлення/підтвердження діагнозу використовували загальноприйнятні клініко-лабораторні дослідження, формували групи спостереження хворих на ЦД 2 типу із діабетичною та/або хронічною хворобою нирок; визначали хвороби, пов'язані з ризиком кардіоваскулярних уражень, та супутню патологію внутрішніх органів. Дослідження проводилось на базі КП «1 – а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради». Використовували підходи до лікування згідно сучасним стандартам відповідно до локальних протоколів. Проводили оцінку отриманих даних за допомогою загальноприйнятих статистичних методів. Учасники дослідження були згодні до участі в дослідженні.

**Результати.** Було обстежено 65 осіб, 29 чоловіків та 36 жінок, віком від 48 до 82 років (65,19±10,6). Всі пацієнти хворіли на ЦД 2 типу та ураження нирок, з них 30 осіб (46,15%) хворіли на пієлонефрит, у 35 (53,84%) був встановлений діагноз діабетичної хвороби нирок. Інші захворювання, пов'язані з кардіоваскулярними ризиками, мали: 31 (47,69%) – ішемічна хвороба серця, 39 (60%) – артеріальна гіпертензія; 38 (58,46%) – інші хвороби (бронхіальна астма, анемія, захворювання шлунково-кишкового тракту та інші). Всі пацієнти отримували лікування згідно встановленого діагнозу, 30 пацієнтів було відібрано для призначення селективного та зворотнього інгібітору натрій-глюкозного котранспортера 2 типу дапагліфлозину. Проведено повторне обстеження через 3 та 6 місяців. Відзначено позитивний вплив дапагліфлозину на перебіг захворювання за результатами контрольного клініко-лабораторного обстеження у хворих дослідної групи, а саме: сповільнення прогресування нефропатії, зниження альбумінурії; зниження та/або стабілізація артеріального тиску, зниження маси тіла. Небажаних явищ, в тому числі серцево-судинних подій, не спостерігалось.

**Висновки.** Результати дослідження свідчать про вагомий внесок ранньої діагностики ускладнень та супутньої патології у хворих на ЦД 2 типу в покращенні прогнозу та якості життя хворих, відображають важливість обґрунтованого підходу до лікування та можуть бути використані в клініці для запобігання прогресування ускладнень та розвитку термінальних незворотних станів, а саме прогресування хронічної хвороби нирок, розвитку серцево-судинних подій.

## ВИЯВЛЕННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

*Герасименко Л.О.*

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Величезна кількість внутрішньо переміщених осіб створюють необхідність звернути підвищену увагу на різноманітні аспекти психопатологічних станів, що виникають у відповідь на зміну звичних умов проживання. Клінічні відмінності внутрішньо переміщених осіб справляють вплив на якість життя, змінюють систему соціальної підтримки та цінностей, сприяють зниженню продуктивної діяльності в повсякденному житті. Особливо актуальною ця проблематика стала останнім часом в Україні, котра в умовах гібридної війни зіткнулась із різким зростанням соціального напруження, обумовленого бойовими діями в зоні АТО та значною кількістю внутрішньо переміщених осіб. Дані пацієнти потребують вчасної та ефективної психіатричної допомоги, як на етапі психологічного консультування, так і під час лікування.

**Мета дослідження.** Розробити персоналізовану та комплексну систему реабілітації для внутрішньо переміщених осіб.

**Матеріали та методи дослідження.** У дослідженні брали участь 86 внутрішньо переміщених осіб з Донецької, Луганської областей та Криму, які на даний момент проживають на території Полтавської області. Пацієнти зверталися за допомогою до співробітників кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету. Внутрішньо переміщені особи мали діагностовані психосоціальну дезадаптацію та невротичний розлад, встановлений за МКХ-10: посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, тривожно-депресивний розлад, соматизований розлад, пролонгована депресивна реакція. Вікова категорія від 19 до 63 років.

З метою оцінки ефективності системи реабілітації застосовані шкала загального клінічного враження (CGI-S) на етапі скринінгу та шкала загального клінічного враження про покращення стану (CGI-I).

**Результати.** Провідне завдання реабілітаційної програми полягало в усуненні проявів невротичного розладу з урахування типу та тяжкості психосоціальної дезадаптації. Базисною інтервенцією був психотерапевтичний вплив. Вибір конкретної методики залежав від домінуючого виду психосоціальної дезадаптації, але в той же час не виключався диференційний підхід до кожної особистості. Загальна тривалість курсу близько 8-16 тижнів, що включав індивідуальні зустрічі та закриті групові тренінги. Застосовані провідні психотерапевтичні методики базувалися на принципах когнітивізму, біхевіоризму та раціоналізму з включенням допоміжних технік.

Психофармакотерапія була спрямована на усунення клініко-психопатологічної симптоматики невротичних розладів, визначене подолання чи згладжування властивих значній частині обстежених: тривожності, напружено-

сті, емоційної нестійкості та неврівноваженості, збудливості, подолання страхів та невпевненості, вегетативних проявів.

Етап підтримуючих заходів для всіх пацієнтів мав комплексний характер, базувався на всебічному підході і спрямований на реадаптацію внутрішньо переміщених осіб із залишковими явищами психосоціальної дезадаптації. Для цього проводили медичні, психологічні та соціальні заходи.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що в I групі ВПО за шкалою CGI-I дуже значне покращення психічного стану – 57 (66%) осіб, значне покращення стану – у 25 (29%) осіб, мінімальне покращення стану – у 4 (5%) осіб, погіршення стану – не відмічалось.

**Висновки.** Аналіз ефективності розробленої персоналізованої та комплексної систем реабілітації для внутрішньо переміщених осіб, проведений на основі клінічних і психодіагностичних показників, свідчить на користь ефективності розробленої системи реабілітації.

## ПРИНЦИПИ РОБОТИ З ІНСТРУМЕНТАМИ ОЦІНКИ ПОРУШЕНИХ ФУНКЦІЙ

*Гончар О.О.*

Полтавський державний медичний університет

Клінічна практика лікаря фізичної реабілітаційної медицини неможлива без використання різноманітних шкал, тестів та опитувальників для оцінки ефективності медичних втручань.

**Мета дослідження.** Оцінити доцільність використання певних інструментів вимірювання порушених функцій (шкал, тестів та опитувальників) в межах проведення реабілітаційної програми і лікування в цілому.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз декількох видів шкал, що використовуються в практиці лікаря ФРМ для проведення реабілітаційної програми для хворих неврологічного профілю. Теоретичною основою для клінічної діяльності та наукових досліджень лікаря фізичної реабілітаційної медицини та концептуальною основою усіх вимірювань ( шкал, тестів та ін.), що стосуються здоров'я людини є Міжнародна класифікація функціонування (МКФ), у якій вперше, порушення життєдіяльності розглядаються у контексті з соціальними факторами.

**Результати.** Розрізняють декілька типів шкал: номінальні (дані розподілені згідно певним категоріям або класифікаціям), інтервальні (відстань між сусідніми градаціями ознаки однакова) та ординальні або порядкові (дані розташовуються у певному порядку відповідно до зростання або зменшення величини ознаки)

Зокрема, важкість неврологічної симптоматики, вірогідність планування проведення тромболітичної терапії та контролю її ефективності у гострому періоді ішемічного інсульту оцінюється за допомогою шкали NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale). Шкала Фулг Мейера (Fugl-Mayer Scale) найбільш досліджений та відомий інструмент оцінювання ступеню післяінсультних уражень. Встановлена чітка кореляція між ступенем важкості рухової функції та ступенем функціонального дефіциту. Модифікована шкала Ренкіна (Modified Rankin Scale - mRS) є найбільш широко використовуваним показником результатів у клінічних дослідженнях пацієнтів з інсультами, яка дозволяє оцінювати ступінь інвалідизації після інсульту. Монреальська шкала оцінки порушення когнітивних функцій ( MoCa) була розроблена як засіб швидкого оцінювання помірних когнітивних порушень. Вона розглядає різні когнітивні сфери: увагу та концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мовлення, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахування та орієнтування. Візуально-аналогова шкала (ВАШ) використовується для вимірювання інтенсивності болю. Вона являє собою шкалу горизонтальну або вертикальну довжиною 10 см із двома крапками – «мінімальний біль» та «біль, який тільки собі можна уявити». Пацієнту пропонують вказати інтенсивність болю на цій шкалі.

Щоб результати тестування можна було застосовувати у клінічній практиці вони мають відповідати низці вимог. До числа основних вимог відносять валідність або адекватність своєму призначенню, надійність та чутливість тесту, шкали або вимірювання. Також для практичного використання шкали або тесту необхідно отримати офіційний дозвіл автора відповідного інструменту та пройти спеціальний тренінг за методикою тестування.

**Висновки.** Диференційований підхід до застосування відповідних тестових інструментів для обстеження хворих з неврологічною патологією має стати пріоритетним завданням у практиці лікаря ФРМ. Наявність загальноприйнятих та доступних методів оцінювання стану хворого вкрай необхідно як в клінічній практиці лікаря ФРМ так і в науковій діяльності. Уніфікація критеріїв обстеження дозволить співставляти та порівнювати результати проведеного лікування у будь-якій клініці не тільки в Україні, а й за кордоном.

## ІСТОРІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

*Гринь К.В.*

Полтавський державний медичний університет

Лікарі й філософи Стародавньої Греції та Риму пов'язували старість з ослабленням розуму, проте лише в 1901 році німецький психіатр Алоїс Альцгеймер описав випадок хвороби, яка згодом була названа його ім'ям.

Працюючи в госпіталі для душевнохворих і хворих на епілепсію у Франкфурті на Майні, Алоїз Альцгеймер в 1906 році описав клінічну картину виявленої ним специфічної форми старечого слабоумства. У числі пацієнтів Альцгеймера була жінка п'ятдесяти одного року, яка страждала прогресуючою втратою пам'яті, порушеннями мови, руху, впізнавання, непередбачуваною поведінкою, галюцинаціями. Пацієнтку доктор спостерігав протягом 4,5