

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 реадaptaцію 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 у 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

років до її смерті в квітні 1906 року і прийшов до висновку, що її хвороба не схожа на жодне з описаних на той момент психічних захворювань, а, навпаки, носить абсолютно самостійний характер. Він докладно описав симптоми її захворювання.

З листопада 1906 року на з'їзді психіатрів в Тюбінгені Альцгеймер повідомив про відкриття ним нової хвороби, що відрізняється і клінічно і патологоанатомічно від усіх відомих доти процесів, – особливий вид старечого недомства, що починається раніше, ніж це буває зазвичай. Повільно і поступово розвивається глибоке ураження пам'яті, ослаблення інтелекту, причому рано з'являються вогнищеві симптоми – розлади мови, порушення різних видів сприйняття і руху. Мікроскоп демонструє вкрай характерне потовщення і склеювання між собою внутрішньоклітинних фібрил (тонкі волокна, розташовані всередині нервових, м'язових і деяких інших клітин) з утворенням особливих фігур у вигляді клубків.

Протягом наступних п'яти років в медичній літературі з'явилося ще одинадцять схожих описів, причому автори деяких з них вже використали термін «хвороба Альцгеймера». Еміль Крепелін був першим, хто назвав хворобу Альцгеймера самостійним захворюванням. У 1910 році він виділив її як підтип сенільної деменції у восьмому виданні свого підручника з психіатрії, давши їй паралельну назву «пресенільна деменція».

Діагноз хвороби Альцгеймера протягом більшої частини двадцятого століття ставили лише відносно молодим пацієнтам, у яких перші симптоми деменції з'являлися у віці від 45 до 65 років. Термінологія змінилася після проведеної в 1977 році конференції, присвяченій хворобі Альцгеймера, учасники якої дійшли висновку, що клінічні і патологічні прояви пресенільної й сенільної деменції практично ідентичні, хоча і не виключили існування етіологічних відмінностей. Поступово діагноз стали ставити незалежно від віку, хоча якийсь час для опису хвороби у осіб старше 65 років все ще використовували термін «сенільна деменція Альцгеймерського типу» (SDAT), приберігаючи «класичний» діагноз хвороби Альцгеймера для більш молодих пацієнтів. У підсумку термін «хвороба Альцгеймера» був формально прийнятий до медичної номенклатури як назва захворювання, що діагностується незалежно від віку при наявності відповідних симптомів (погіршення запам'ятовування нової та/або відтворення раніше засвоєної інформації, порушення інтелектуальної діяльності, афазії – порушення мови, апраксії – порушення цілеспрямованих рухів і дій, агнозії – порушення сприйняття: зорового, слухового, тактильного), що розвиваються характерним чином і супроводжуються появою типових нейропатологічних ознак.

Це ментальне захворювання до цих пір є досить серйозним і невиліковним.

STUDY OF DENTAL STATUS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

Digitar N.I., Gerasimenko N.D., Marchenko A.V., Dubrovina O.V.

Poltava State Medical University

Objective: to assess the dental status and the need for treatment of patients with cardiovascular pathology.

Materials and methods: two groups of 25 people were selected: experimental group and control group. The first group included patients of the therapeutic department of 1 MCL, the second - students of 3rd and 4th courses of the dental faculty of UMSA (from 19 to 25 years). The first group was divided into two subgroups according to age: patients from 41 to 60 years (11 people) and patients older than 60 years (14 people).

In each group were determined: anamnesis, assessment of dental status, cardiovascular status (objective examination, general blood test, biochemical blood test and ECG). The intensity of dental caries was studied: the CPV index was determined. The assessment of the level of oral hygiene was performed according to the dynamics of the index of oral hygiene ONI-S. Evaluation of the dynamics of the inflammatory process in the gums was performed according to the PMA index.

Results: during the establishment of dental status in patients of older age groups, certain pathologies of the thyroid gland were detected in 100% of the subjects. The most common of these were caries and its complications - 33%, periodontal disease and oral mucosa - 2%, as well as partial - 28% or complete - 7% tooth loss. Students had significantly less pathology of the thyroid gland, of which the most common were caries and its complications - 68%, partial tooth loss - 2%.

Among the diseases of the cardiovascular system were found: coronary heart disease and chronic heart failure.

Conclusion: dental status is one of the indicators of the general condition of the body, and the presence of chronic somatic diseases affects the success of treatment and prevention of pathologies of the dental system no less than the lack of proper oral hygiene and timely rehabilitation.

Patients with cardiovascular pathology have a high intensity of caries and periodontal disease. Their CPV index is on average twice as high as in those without concomitant pathology. In the structure of periodontal disease, periodontitis is most common. In the studied patients, as a rule, there is no rational oral hygiene and there is a high need for comprehensive dental treatment.