

**Громадська організація
«Київський медичний науковий центр»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ПРІОРИТЕТИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ:
ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА»**

22-23 листопада 2013 р.

Київ
2013

Ковтюк Н. І. ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА МОЖЛИВОСТІ ПОКРАЩАННЯ.....	56
Краснюк І. П. УЛЬТРАЗВУКОВЕ ВІДБІЛЮВАННЯ ЗУБІВ: ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕДУРИ.....	59
Максим'юк В. В. НОВІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ.....	61
Мартиць Ю. М. ВИЯВЛЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ОРТОПЕДИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ.....	65
Москалюк В. І. ФОНОЕНТЕРОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАРЕЗУ КИШЕЧНИКУ.....	66
Остафійчук М. О. ПРОФЕСІЙНА ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА.....	70
Тарабанчук В. В. НОВІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ МОЖЛИВОСТІ ЗАШИВАННЯ ОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ ПРИ ЗАПРОГРАМОВАНИХ САНАЦІЯХ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ.....	74
Федорова О. А., Жук О. В. ВПЛИВ РІЗНИХ ВИДІВ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ СМЕРТІ НА КРИСТАЛОГРАМИ ТКАНИННИХ ЕКСТРАКТІВ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТРУПІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ДИНАМІКИ ПІСЛЯСМЕРТНОГО ПЕРІОДУ.....	77
Швець Н. В., Ілащук Т. О., Гончар Л. В. ВПЛИВ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ НА ПЕРЕБІГ ОСТЕАРТРОЗУ ТА ПЕРВИННОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ЗА НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА.....	81
Юрценюк О. С., Рудницький Р. І. ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ.....	83

НАПРЯМ 3. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ

Валігура Ю. Г., Глущенко А. В., Котенко О. М. РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ КОМБІНОВАНОЇ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ АНТИМІКРОБНОЇ ДІЇ.....	88
Кононенко К. О., Чушенко В. М., Левачкова Ю. В. ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ.....	91
Корнієвський Ю. І., Панченко С. В., Корнієвська В. Г. ЦІЛЮДОВОБИЙ МОНІТОРІНГ ВМІСТУ ДЕЯКИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН ДВОХ ВИДІВ РОДУ ВАЛЕРІАНА.....	93
Куликівська К. Ю., Коваленко С. С., Журавель І. О. СИНТЕЗ ТА ВИВЧЕННЯ ЦИТОТОКСИЧНОСТІ N ⁷ -ЗАМІЩЕНИХ 3-ТІОАЛКІЛІ-7Н- [1,2,4] ТРИАЗОЛІ [4,3-А] ПИРАЗИНІВ.....	97

НАПРЯМ 1. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ТЕОРІЇ

Кудокоцева О. В., кандидат биологических наук,
старший научный сотрудник

Ломакин И. И., кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

*Институт проблем криобиологии и криомедицины
Национальной академии наук Украины
г. Харьков, Украина*

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ

«Активное долголетие» - это лозунг XXI века. В настоящее время существует достаточное количество теорий старения. Многие ученые проводят параллелизм между симптомами старения и гипотиреозом, считая возрастные изменения щитовидной железы важной предпосылкой старения организма [1,165]. Совершенно очевидно, что самый сложный биологический процесс старения организма не может быть сведен к изменению функции одной железы. Однако в механизме многих возрастных изменений (снижение интенсивности тканевого дыхания, изменение соотношения окисления и фосфорилирования, падение интенсивности синтеза ряда белков, рост содержания холестерина, изменение подвижности нервных процессов и мн. др.) существенная роль принадлежит нарастающей гипофункции щитовидной железы [2,375].

Старение характеризуется нарастающими структурными и функциональными изменениями щитовидной железы. С возрастом относительная масса щитовидной железы падает. У старых животных отме-

та артеріальною гіпертензією ($6,16 \pm 1,06$; за артеріальної гіпертензії – $4,58 \pm 0,38$; за остеоартрозу – $5,35 \pm 0,07$). Подібну тенденцію виявлено щодо концентрації ліпопротеїдів низької щільності. Концентрація тригліцеридів була найвищою у хворих із артеріальною гіпертензією ($1,57 \pm 0,23$ мкмоль/л), найменшою – за ізольованого остеоартрозу ($0,89 \pm 0,33$ мкмоль/л), і усередненою за поєднання патологій. Чіткої залежності від індексу маси тіла не виявлено у зв'язку із малою кількістю спостережень.

У пацієнтів із ізольованою та мікст-патологією серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату ліпідні спектри крові мають певні відмінності, що повинне бути враховане при визначенні для них лікувальної тактики.

Гіперхолестеролемія як маркер розвитку кардіоваскулярної патології є також одним із факторів ризику для остеоартрозу: продукти вільнорадикальної модифікації ліпідів, такі, як окиснені ліпопротеїди низької щільності, задіяні у продукції реактогенних форм кисню посередництвом стимуляції лектиноподібних рецепторів, і подальшої стимуляції утворення прозапальних цитокінів: NF- κ B, інтерлейкінів- 1β та -6. Тучність є незалежним фактором розвитку і прогресування кардіоваскулярної патології. Експансія жирової маси в організмі часто асоціюється з присутністю маловираженого прозапального фону, котрий взаємодіє і модифікує процеси метаболізму в різних тканинах і органах, зокрема, суттєво порушує метаболізм сполучної тканини опорно-рухового апарату та сигнальні властивості інсуліну.

За надлишкової маси тіла гормони та цитокіни, які утворює жирова тканина, взаємодіють на рівні нейрональних систем, спричиняючи гіперактивацію симпатичної активності, зростання рівня артеріального тиску.

Отже єдність патогенезу досліджуваних патологічних процесів, для перспективи лікування яких доцільним є призначення оЗ-ПНЖК, що стануть основою вдосконалення патогенетично обґрунтованого і впровадженого в практику охорони здоров'я підходу до корекції метаболічних порушень.

Юрценюк О. С., асистент

Рудницький Р. І., кандидат медичних наук
кафедри нервових хвороб, психіатрії
та медичної психології імені С. М. Савенка

*Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна*

ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Поєднання депресій і серцево-судинних захворювань - добре відомий в клінічній практиці факт, що неодноразово підтверджувався спеціальними дослідженнями. Згідно з даними літератури, кожний п'ятий пацієнт з діагнозом ішемічна хвороба серця (ІХС) має ознаки клінічно вираженої депресії [1, 2]. Її наявність у хворих з серцево-судинними захворюваннями не тільки ускладнює перебіг та лікування цих розладів, але і скорочує тривалість життя хворих. Так, депресія, що розвивається безпосередньо після інфаркту міокарду, в 3,5 разу підвищує ризик смертельного результату захворювання [3].

Проблема поєднання депресії, тривоги та ІХС розроблена недостатньо, вона має кілька рівнів розгляду. Найбільш складними залишаються питання феноменології, диференціальної діагностики, прогнозу й терапії цих розладів [4].

Найкраще вивченими групами антидепресантів у кардіологічних хворих є трициклічні антидепресанти (ТЦА) і селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Накопичуючись у міокарді, ТЦА можуть значно змінювати провідність і скоротливість. Вони здатні викликати атріовентрикулярну блокаду I і II ступеня, асистолію й раптову серцеву смерть, ризик якої підвищується при застосуванні доз, еквівалентних більше 100 мг амітриптиліну. Більш низький ризик кардіотоксичності СІЗЗС у порівнянні із ТЦА обумовлений практично повною відсутністю антихолінергічної, антиадренергічної й антигістамінної дії. Більше того, за результатами клінічних досліджень

можна припустити наявність кардіопротекторного ефекту в сертраліну, пароксетину, флуоксетину [5, 6].

Сприятливе співвідношення ефективність/безпека, підтвержене в численних адекватних клінічних дослідженнях, дозволяє розглядати СІЗЗС як препарати першого ряду в загальсоматичній практиці, у тому числі в кардіологічних хворих, осіб літнього віку, вагітних і жінок, що годують грудьми. На сьогоднішній день вони є найширше застосовуваними антидепресантами в первинній ланці надання медичної допомоги в усьому світі [7].

Робота базується на обстеженні 130 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні терапії. Середній вік обстежених $53 \pm 7,4$ роки. Усіх обстежених було розподілено на дві групи – основну (I -шу) та порівняльну (II-гу). До основної групи (N=100, 76,9%) увійшли дорослі хворі на ІХС, що супроводжується депресивними та/або тривожними розладами (ДТР), вони в свою чергу поділені на дві групи – ІА група (терапевтична) включала пацієнтів (N=70, 53,8%), яким в комплексному лікуванні використали розроблені нами системи діагностики, лікування та профілактики та ІБ група (контрольна) (N=30, 23,1%) до якої увійшли дорослі хворі на ІХС, що супроводжується ДТР, яким застосовували традиційні (стандартні) лікувально-діагностичні та профілактичні методи. Для верифікації клінічних особливостей ДТР, в якості II порівняльної групи (N=30, 23,1%) досліджено 30 дорослих хворих на ІХС, що не супроводжується ДТР, яким застосовували традиційні лікувально-діагностичні та профілактичні методи.

Всім хворим проводили повне клінічне обстеження, структуроване психіатричне інтерв'ю, клініко-психопатологічне і експериментально-психологічне дослідження (опитувальник домінуючих рис характеру К.Леонгарда-Г.Шмішека, шкали особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна, шкала депресії Ч. Гамільтона).

На підставі аналізу отриманих даних щодо соціального статусу хворих, віку, ступеня тяжкості ІХС, преморбідних особливостей особистості, клінічних проявів ДТР, рівня тривожності ми впровадили розроблений в процесі цього дослідження комплексний диференційований підхід до цілеспрямованого лікування ДТР у хворих на ІХС. Лікувальний комплекс включив міліотерапію, раціональну, сімейну, когнітивно-

біхевіоральну психотерапію, аутогенне тренування та антидепресанти (сертралін), за необхідністю – анксиолітики («Афобазол»).

Застосування комплексного підходу до терапії починали на 1-3 день при діагнозі «ІХС. Стабільна стенокардія напруги. Дифузний кардіосклероз. СН ІІ (ІІІ) ДВ ФК ІІ(ІІІ)», на 5 – 7 день - при «ІХС. Стабільна стенокардія напруги, нестабільний перебіг. Дифузний кардіосклероз. СН ІІ (ІІІ) ДВ ФК ІІ(ІІІ)».

Опираючись на попередній досвід, ми призначали антидепресант сертралін по 50 мг. вранці протягом 6 місяців. У випадку наявності кардіотоксичного ефекту – добову дозу знижували до 25 мг./добу та паралельно призначали небензодіазепіновий анксиолітик «Афобазол» – по 10 мг. 3 рази на добу на 1 міс, його ефективність при тривожних розладах доведена в роботах О.К.Напресенка, О.С. Чабана, О.О. Хаустової та ін [8, 9].

Оцінка ефективності комплексного лікування проводилась тричі: в момент діагностики ДТР для формування базового показника; через 1 місяць після початку комплексного лікування (КЛ) для оцінки динаміки стану і підсумкова - через 6 місяців.

Клінічну ефективність КЛ до та після проведення комплексного лікування ДТР у хворих на ІХС оцінювали за допомогою стандартизованої шкали Ч. Гамільтона (HDRS). Порівняння отриманих величин, з урахуванням редукції психопатологічних симптомів, дозволило оцінити зміни у симптоматиці, як: 1 - покращення (на початку лікування - помірний рівень, в кінці лікування – низький рівень або без ознак депресії), 2 - без змін (на початку та в кінці лікування – рівні депресії без змін), 3 - погіршення (на початку лікування помірний або низький, в кінці лікування – високий або помірний).

В ІА групі у пацієнтів відмічалось достовірне зменшення частоти проявів симптомів депресії, натомість в ІБ групі зазначені показники не мали достовірного зниження, що свідчить про вищу ефективність запропонованої нами комплексної диференційованої терапії, в порівнянні зі стандартним кардіологічним лікуванням.

Важливою частиною нашого дослідження було визначення ефективності запропонованого комплексного методу лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС. Порівняння отриманих величин, з урахуванням редукції психопатологічних симптомів, до-

зволило оцінити зміни у симптоматиці. Після застосування комплексного диференційованого лікування на фоні базисної терапії із застосуванням психофармакотерапії і психотерапії, покращення відмічалось у 65 (92,9%) хворих, не спостерігалось редукції психопатологічної симптоматики у 5 (7,1%) осіб, погіршення стану в жодного пацієнта не виникало. В I порівняльній групі, в якій хворі отримували тільки традиційну базисну терапію, покращення (щодо симптомів депресії та тривоги) спостерігалось у 10 (33,3%) хворих, у 16 (53,3%) осіб зберігалась психопатологічна симптоматика без змін і у 4 (13,3%) хворих діагностовано погіршення стану.

Таким чином, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії в традиційний комплекс лікування покращило редукцію депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС у 2,8 рази ($P_{тА} > P_{тБ}$ в 2,8 рази), що підтверджено за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HDRS) та за результатами тесту Спілбергера-Ханіна.

Застосування диференційованої комплексної терапії з урахуванням вищезазначених особистісних факторів та клінічних особливостей депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС достовірно ($p < 0,01$) покращило ефективність допомоги даному контингенту хворих – коефіцієнт медичної ефективності в групі I “А” порівняно з групою ІБ (в якій використовували тільки стандартне кардіологічне лікування) підвищився в 2,8 рази.

Література:

1. Ушкалова Е. А. Фармакотерапия депрессии у кардиологических больных. / Е. А. Ушкалова, А. В. Ушкалова // Трудный пациент. – 2006. - № 1. – С. 28-31.
2. Довженко Т.В. Эффективность терапии аффективных расстройств у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями / Т.В. Довженко, К.В. Тарасова, В.Н. Краснова др. // Современная терапия психических расстройств. – 2007. - №4. – С. 39-42.
3. Медико-психологічні аспекти розвитку, перебігу та терапії невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, коморбідних з артеріальною гіпертензією / С. І. Табачников, М. В. Маркова, Є. М. Харчен-

- ко // Таврический журнал психиатрии. – 2007. – Т.11, № 2 (39). – С. 32–48.
4. Тривожні та депресивні розлади в кардіологічній практиці / О. К. Напреенко, О. С. Юрценюк, О. Ю. Поліщук [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т.16, №4 (57). – С.57-60.
 5. Stahl S. M. Why settle for silver when you can go for gold? Response vs. recovery as the goal of antidepressant therapy / S. M. Stahl // J. Clin. Psychiatry 1999. – Vol. 60. – P. 213.
 6. Долженко М.Н. Психокардиология: применение анксиолитиков в лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Therapia. – 2007. – № 10. – С. 35-40.
 7. Лупанів В. П. Стабільна стенокардія: тактика лікування та ведення хворих у стаціонарі та амбулаторних умовах / В. П. Лупанів // Російський медичний журнал. – 2010. – Т. 21, № 9. – С. 556-563.
 8. Чабан О.С, Хаустова О.О. Депресія: пошук ефективної антидепресивної терапії триває // Медицина світу. Спеціальний випуск: психіатрія (додаток). – 2006. – С. 34-40.
 9. Напреенко А. К. Терапевтическая эффективность и переносимость нового небензодиазепинового анксиолитика афабазол при лечении непсихотических психических и психосоматических расстройств, сопровождающихся тревогой / А. К. Напреенко, Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2007. – Том 15. – Вип. 3 (52). – С.49-54.