

**Громадська організація
«Південна фундація медицини»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНІ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІ
НАУКИ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНИЙ СТАН
ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕНЬ»**

13-14 грудня 2013 р.

**Одеса
2013**

Бурлова-Васильєва М. К., Савчук О. М. РІВЕНЬ ФАКТОРА ФОН ВІЛЛЕБРАНДА ТА АКТИВНІСТЬ ПЛАЗМІНОГЕНА ТА А2-АНТИПЛАЗМІНУ ЗА УМОВ АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ТА КАРДІОЕМБОЛІЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ НА ФОНІ МИГОТЛИВОЇ АРИТМІЇ.....	31
Візнюк В. В., Федорук О. С. ВПЛИВ ОЗОНУ НА ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНИЙ ЗАХИСТ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ УСКЛАДНЕНУ ПІСЛОНЕФРИТОМ.....	33
Герман Л. В., Каліновська І. В. ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ З ПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.....	37
Головачук О. К., Каліновська І. В. ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ВІД МАТЕРІВ З УРОГЕНІТАЛЬНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ.....	39
Жук А. В. ТАКТИКА КОРРЕКЦІЇ КРОВОТОКА В ОТДАЛЕННИХ СОСУДИСТЫХ БАСЕЙНАХ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНІИ ІХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.....	42
Конда А. А., Батраченко А. В., Шенцев І. О. ПОМИЛКИ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ СУЦІЛЬНОМЕТАЛЕВИХ ПЯЯНИХ МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ.....	45
Кондря Д. О., Каліновська І. В. ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ НЕВИНОШУВАННЯ.....	50
Карвацька Н. С., Пашковський В. М., Левицька А. П. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОТИДІЇ НАСИЛЬСТВУ В СІМ'І.....	54
Карвацька Н. С., Федотова А. В., Карвацька Т. Г. МЕХАНІЗМИ ЗАХИСТУ ТА ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ.....	58
Мартиць Ю. М. ЗМІНИ СТУПЕНЮ ВИРАЖЕНОСТІ ПОСТУРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ НАЯВНОСТІ В ПОРОЖНИНІ РОТА ЛІКУВАЛЬНИХ СПІЛНТІВ.....	63

Малигон О. І.

ЛЕЙКОФІЛЬТРАЦІЯ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОЇ
БЕЗПЕКИ ТА СТАБІЛІЗАЦІЇ ВМІСТУ ФАКТОРІВ ЗГОРТАННЯ
КРОВІ ПРИ НИЗЬКОТЕМПЕРАТУРНОМУ ЗБЕРІГАННІ
СВІДЖОЗАМОРОЖЕНОЇ ПЛАЗМИ 65

Митникова А. С., Пивоварчук Р. Я.

НОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ
ГОСТРОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ 68

Радченко С. Г.

АНАЛІЗ ЛОКАЛІЗАЦІЇ І СЕЗОННОСТІ ТРАВМ
НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
В ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОДАХ 70

Романів К. М., Романів О. І.

СУЧАСНИЙ СТАН ЛІКУВАННЯ
ТА ДІАГНОСТИКИ ПРИОННИХ ХВОРОБ 73

Сорокман Т. В., Підвисоцька Н. І., Гінгуляк М. Г.

ВПЛИВ ЦИНКУ НА РІСТ ДИТИНИ
ІЗ ГІПОФІЗАРНИМ НАНІЗМОМ 75

Соцька Я. А., Єрмоленко О. В.

СТАН ЕНЕРГЕТИЧНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ
НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ
НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ
ЛЕГЕНЬ, ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ЙОГО КОРЕКЦІЇ 78

Терещин В. А., Труняков Н. В.

КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ
НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА 83

Топалов К. П., Колесникова С. М.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
ХАБАРОВСКОГО КРАЯ – РЕГИОНА
С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ 88

Шапаренко І. В., Попова Т. М.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИХОДЖУВАННЯ
ГЛИБОКОНЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ 93

Юрценюк О. С., Рудницький Р. І., Деркач В. Г.

БІОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ
ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ
У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ 97

В наш час розробляються альтернативні методи підтримуючого оточення, такі як гамак. Положення дитини в гамаку нагадує положення ембріона і сприяє зменшенню лікворної гіпертензії та покращує неврологічний статус

- Контакт матері та дитини має бути забезпечений у відділеннях інтенсивної терапії та виходжування недоношених дітей в комфортних для матері та дитини умовах. Діти потребуватимуть постійного моніторингу діяльності життєвоважливих органів.

- Масаж розпочинають при досягненні маси тіла 1100 г. Його з однаковою ефективністю можуть робити професіонали чи мати дитини. Доведено, що у таких дітей збільшується маса тіла, стабілізуються кардіоваскулярні параметри, покращується імунна функція та неврологічний статус.

- Музикотерапія. Розроблені програми для проведення музикотерапії новонародженим дітям, які складаються з фрагментів творів Моцарта, Вівальді, Шуберта, Чайковського у запису, а також виконання ліричних і колискових пісень живим голосом (наприклад голосом матері). Програми умовно поділяють на стимулюючі та заспокоїливі. Їх застосовують починаючи з 5 – денного віку. У залежності від стану дитини, призначається прослуховування різних музичних програм: при гіперзбудливості – темп адажіо, анданте, для млявих дітей – алєгро, модерато. Програми музикотерапії покращують неврологічний статус та загальний стан дітей.

Ці новітні технології виходжування широко впроваджуються в практичній медицині останні роки.

Діти, які знаходились під впливом цих технологій, мали менше випадків формування ДЦП, сліпоти та глухоти. Кількість відносно здорових дітей (ті, що не мають патології ЦНС) зросла в 1,5 рази.

Ми вважаємо, що саме такий комплекс максимально сприяє фізіологічному постнатальному розвитку всіх органів та систем і в першу чергу – ЦНС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Неонатологія/ За ред. П. С. Мошича та О. Г. Суліми – Київ: «Вища школа», 2004, с. 254-286.
2. Неонатологія з позиції сімейного лікаря/ За ред. Г. О. Слабого та Т. К. Знаменської – Київ, 2009, с. 35-58.
3. Неонатологія/ Под ред. Н. Н. Шабалова – Москва: «МЕДпресс – информ», 2004, т.1, с. 534-538.

Юрченко О. С.

кандидат медичних наук, асистент

Рудницький Р. І.

кандидат медичних наук, доцент

Деркач В. Г.

кандидат медичних наук, доцент

Буковинський державний медичний університет

Чернівці, Україна

БІОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Як відомо з літературних джерел, біологічні та соціальні фактори в ряді випадків є предикторами розвитку неспихотичних психічних розладів у хворих із соматичною патологією [1-4].

Робота базується на обстеженні 130 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні. Вік хворих коливався від 30 до 65 років (середній вік $53 \pm 7,4$). Усіх обстежених було поділено на дві групи – основну (I) та порівняльну (II). До основної групи увійшли 100 дорослих хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), що супроводжується депресивними розладами (ДР), вони в свою чергу були розділені на дві групи – I А (терапевтична) група включала 70 пацієнтів, яким в комплексному лікуванні використали оригінальні системи діагностики, лікування та профілактики та I Б (контрольна) група до якої увійшли 30 хворих, яким застосовували традиційні лікувально-профілактичні методи. Для верифікації клінічних особливостей ДР, в якості II порівняльної групи досліджено 30 хворих на ІХС, що не супроводжується ДР, яким застосовували традиційні лікувально-профілактичні схеми.

Використали наступні методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний метод, який включав розгорнуте напівструктуроване клінічне інтерв'ю; соціально-демографічний та психодіагностичні методи: ступінь вираження депресивної симптоматики оцінювали за допомогою шкали депресії Гамільтона; ступінь виразності тривожної симптоматики вивчали за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна; з метою оцінки акцентуованих властивостей особистості використовували тест Шмішека за концепцією Леонгарда [5].

Досліджуючи вплив віку та статі на розвиток депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС виявлено, що серед усіх обстежених

хворих переважали особи у віці 51 - 65 років - 67 (67,0 %) хворих на ІХС з ДР та 23 (76,7 %) хворих без ДР. Це можна пояснити більшою частотою загострень ішемічної хвороби серця, а також зменшення резистентності особистості до стресогенних впливів у даному віці.

За статтю хворі основної групи розподілилися наступним чином: чоловіки - 48 (48,0 %), жінки - 52 (52,0 %). В порівняльній групі було 12 (40,0 %) чоловіків та 18 (60,0 %) жінок.

Отже, враховуючи рівномірність розподілу хворих за віком та статтю в основній та порівняльній групах, можна говорити про те, що вплив цих біологічних факторів не має безпосереднього впливу на розвиток депресивних та тривожних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця.

При розгляді впливу основних факторів ризику розвитку ІХС та ДР встановлено, що в основній групі переважали: артеріальна гіпертензія - у 50 (50,0 %), надмірна вага - у 63 (63,0 %) та емоційні перевантаження - у 61 (61,0 %) хворих так звана «тріада факторів ризику»; в порівняльній групі: надмірна вага - у 15 (50,0 %) та фізичні перевантаження - у 17 (56,7 %) пацієнтів ($p \leq 0,05$). Помітний негативний вплив справляють також паління та порушення харчування. Отримані нами дані добре співвідносяться з результатами дослідження Н. О. Дзеружинської [6].

Виявлено, що у пацієнтів основної групи серед факторів ризику достовірно переважали емоційні переживання $61,0 \pm 4,9$ % на відміну від порівняльної групи, де головними факторами ризику виступали фізичні перевантаження $56,7 \pm 9,1$ % ($p \leq 0,05$).

Встановлено тенденцію до непрямого кореляційного зв'язку між рівнем особистісної тривожності та факторами ризику. Особи, які практично не палили ($r = -0,19$, $p < 0,05$) та не вживали алкоголь ($r = -0,28$, $p < 0,05$) мали вищі показники рівня особистісної тривожності (РОТ). Отже можна припустити, що паління та вживання алкоголю «відволікає» від життєвих негараздів і таким чином на певний час знижує рівень особистісної тривожності.

Оскільки об'єктивні фактори ризику наявні у більшості пацієнтів, можна зробити висновок про правомірність оцінки особистісної тривожності, як підсилюючої компоненти для інших факторів ризику. Існує зворотній кореляційний зв'язок між РОТ та фізичними перевантаженнями, як факторами ризику розвитку ІХС ($r = -0,24$, $p < 0,05$). В нашому випадку - емоційні перевантаження, які значно важче переносяться і швидше призводять до психічної й соматичної дезадаптації на тлі підвищеної особистісної тривожності. Слід погодитися з думкою про те, що наявність високого рівня особистісної тривожності, певним чином компенсує відсутність деяких інших факторів ризику (наприклад, паління, зловживання алкоголем) [7].

Цікаво, що між артеріальною гіпертензією, як фактором ризику розвитку ІХС, та рівнем депресії є незначний кореляційний зв'язок ($r=0,22$, $p < 0,05$), тобто у хворих з ГХ показники рівня депресії були вищими. Це може свідчити про те, що «стрибки» АТ викликають постійне емоційне напруження, і воно, в свою чергу, веде до виснаження афекту – депресії.

Аналізуючи вплив професійних шкідливостей та санітарно-технічних умов праці на розвиток тривожних та депресивних розладів у досліджуваних хворих виявлено, що у досліджуваних з ДР серед професійних шкідливостей переважала емоційна напруга – 62 ($62,0 \pm 4,85$ %) пацієнтів ($p < 0,05$), а для хворих без ДР – фізичні навантаження – 13 ($43,3 \pm 9,05$ %). Це може свідчити про прямий зв'язок розвитку депресивних та тривожних розладів з емоційними перевантаженнями. Ці дані узгоджуються із повідомленням В. М. Корнацького [8] про те, що емоційне перенапруження є предиктором розвитку депресивних та тривожних розладів. Встановлено слабкий кореляційний зв'язок між рівнем особистісної тривожності та недостатньою руховою активністю на робочому місці ($r=0,20$, $p < 0,05$). Також тенденцію до встановлення зв'язку між рівнем ситуативної тривоги та неблагоприємним психологічним мікрокліматом на виробництві ($r=0,22$, $p < 0,05$). Цікаво, що у осіб, які в своїй професійній діяльності не мали підвищеної відповідальності за результат роботи при загостренні ІХС спостерігався вищий рівень ситуативної тривоги ($r=-0,33$, $p < 0,05$). Це можна пояснити нижчими адаптивними можливостями даного контингенту хворих та їх невмінням «справлятися з стресогенними ситуаціями». Як правило, у таких хворих в анамнезі конфліктні ситуації на роботі траплялися досить рідко ($r=-0,30$, $p < 0,05$).

Розглядаючи вплив соціальних факторів на розвиток ДТР у хворих на ІХС ми виявили наступні особливості.

За рівнем освіти в основній групі був наступний розподіл: середню освіту мали 47 (47,0 %) хворих, середню спеціальну – 31 (31,0 %), незакінчену вищу – 1 (1,0 %) та вищу освіту – 21 (21,0 %) пацієнт. В порівняльній групі відповідно: середню – 17 (56,7 %) обстежених, середню спеціальну – 6 (20,0 %), незакінчену вищу – 1 (3,3 %), вищу освіту – 6 (20,0 %) хворих. Серед обстежених хворих переважала група осіб із середньою та спеціальною середньою освітою (77,7 %) хворих. Проте, за допомогою кореляційного аналізу, виявлено достовірний зв'язок між тривожно-депресивним розладом (ТДР) та вищою освітою ($r=0,36$, $p \leq 0,05$), та зворотній кореляційний зв'язок між легким депресивним епізодом та середньою освітою ($r=-0,24$, $p \leq 0,05$). Можна припустити, що особи з ТДР, маючи вищу освіту, частіше працювали на посадах, які вимагали надмірного емоційного напруження та підвищеної відповідальності за результат роботи ($r=-$

0,23, $p \leq 0,05$). У хворих з середньою освітою рівень тривоги був значно нижчим і ймовірно тому у них основними були ознаки депресії. Цей факт, на нашу думку, слід враховувати при проведенні профілактики психічних розладів у зазначених хворих.

Опираючись на результати проведеного дослідження можна стверджувати, що для ефективної реабілітації пацієнтів з ДТР при ІХС обов'язково повинен проводитися аналіз біологічних та соціальних чинників, що в подальшому буде враховуватись і стане складовою для побудови психотерапевтичних та психопрофілактичних заходів. Такий підхід надасть можливість покращити якість лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Rudisch В. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. / В. Rudisch, С. В. Nemeroff // *Biol. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 54. – Р. 227–240.

2. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р. Г. Оганов, Л. И. Ольбинская, А. Б. Смулевич [и др.] // *Кардиология*. – 2004. – Vol. 1. – Р. 48–55.

3. Погосова Г. В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка. / Г. В. Погосова // *Здоров'я України*. – 2007. – № 2. – С. 65–74.

4. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // Газета «Новости медицины и фармации» *Неврология и психиатрия*. [тематический номер]. – 2008. – № 243. – С. 13-16.

5. Михайлов Б. В. Эмоциональные и когнитивные нарушения у лиц, перенесших инфаркт миокарда / Б. В. Михайлов // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, вип. 2 (63). – С. 63-67.

6. Дзеружинская Н. А. О структуре депрессивных расстройств у пожилых пациентов кардиологической практики / Н. А. Дзеружинская // *Арх. психіатрії*. – 2003. – Т. 9, № 1 (32). – С. 83-87.

7. Ветроградова О. П. Соматовегетативные нарушения при разных видах депрессии / О. П. Ветроградова, С. Ю. Диков // *Журн. Неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2011. – № 7. – С. 18-25.

8. Корнацький В. М. Особливості емоційного стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією / В. М. Корнацький, І. В. Третяк, В. В. Чаплінська // *Укр. кардіол. Журн.* – 2011. – № 3. – С. 55-60.