



**Львівська
медична
спільнота**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ
МЕДИЧНОЇ НАУКИ
ТА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ»**

20-21 грудня 2013 р.

ББК 5я43
УДК 61(063)
С 91

С 91 «Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики». Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 20-21 грудня 2013 року): – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2013. – 136 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики».

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

ББК 5я43
УДК 61(063)

© Автори статей, 2013
© Львівська медична спільнота, 2013

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Ахрамєєв В. Б., Антоноук С. М., Головна П. Ф. ОПТИМІЗАЦІЯ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ЗОВНІШНІ ТОНКОКИШКОВІ НОРИЦІ	8
Бабинєц О. М., Менкус Е. В., Гришина Е. И. СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА И ИНТЕРЛЕЙКИНА 6 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ	11
Бабінець О. М., Грішина О. І., Мурадян О. В. ВПЛИВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НА ПОКАЗНИКИ Т-КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ.....	12
Гарлінська Ю. В. ПРОКАЛЬЦІТОНІН ЯК МАРКЕР АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ПОЗАГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	14
Деркач В. Г., Сандуляк В. П., Сандуляк В. О. ПСИХОЛОГІЧНІ ТА СІМЕЙНІ ЧИННИКИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ	15
Дрозд В. Ю., Мандрик О. Є. ЛКУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ ІЗ ВИКОРИСТАННЯ СХЕМИ ЕЗЕТИМБ, ФОЗИНОПРИЛ ТА ГАПАДИФ ПРИЗВОДИТЬ ДО НОРМАЛІЗАЦІЇ КОАГУЛЯЦІЙНОГО ГЕМОСТАЗУ ТА ФІБРИНОЛІЗУ.....	18
Дьячкова Л. Ю. ЛЕЧЕНИЕ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЕТОДАМИ ВНЕПОЧЕЧНОГО ОЧИЩЕНИЯ.....	20
Жук А. В. КОРРЕКЦІЯ ПОРАЖЕНІЙ СОСУДОВ У ПАЦІЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.....	22
Залаявська О. В. ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ ТА ХРОНІЧНИЙ ПСЕЛОНЕФРИТ	25
Калиновський С. В., Власов В. В. ДО ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ПРОЯВУ ФЕНОТИПОВИХ ОЗНАК НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ПУПКОВУ ГРИЖУ	28
Карвацька Н. С., Деркач В. Г., Карвацька Т. Г. ДО ПИТАННЯ ПРО ТЕРАПЕВТИЧНУ РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ХВОРИХ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	30

Клітинська О. В., Корень І. М. АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ З ВАДАМИ СЛУХУ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ БІОГЕОХІМІЧНОГО ДЕФІЦИТУ ФТОРУ ТА ЙОДУ	34
Ковтюк Н. І. СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ ТА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ.....	37
Коноплицький В. С., Калінчук О. О. КЛАСИФІКАЦІЙНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ЗОВНІШНЬОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ.....	40
Курик Л. М., Адамчук О. І., Канарський О. А. ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ КАРДОНАТ У ПРОФІЛАКТИЦІ ПРОГРЕСУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	44
Кучук О. П., Якимчук В. В., Гончарюк Ю. І. ОСОБЛИВОСТІ ОЧНОЇ ТРАВМИ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ПРОФІЛАКТИКА ОЧНОГО ТРАВМАТИЗМУ	47
Лукиянець О. О., Шавлюк Р. В. ЗНАЧЕННЯ ФОРМИ ОБОДОВОЇ КИШКИ В РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ КОЛОСТАЗИВ У ДІТЕЙ.....	49
Мочалов Ю. О., Клітинська О. В., Кудрявцев А. А. СУЧАСНІ МЕТОДИ МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ – ЗАХИСТ ПАЦІЄНТА ВІД БОЛЮ НА ДИТЯЧОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ	52
Олійник А. П., Переяслов А. А. ПРОФІЛАКТИКА ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ	54
Паліс С. Ю., Герасим Л. М. СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ З ВИКОРИСТАННЯМ КІСТКОВО-ПЛАСТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ	55
Пархомец Р. А., Лупырь С. А., Ларионова Л. Ю. ВЛИЯНИЕ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ НА ПОКАЗАТЕЛИ МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ.....	57
Полянська О. С., Гулага О. І., Руда Я. В. АРИТМОГЕННІСТЬ МІОКАРДА.....	60
Сорокман Т. В., Сокольник С. В., Підвисоцька Н. І., Швигар Л. В. ЕТІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ЗАТРИМКИ РОСТУ У ДІТЕЙ.....	62
Суцая Е. М., Бычковский П.А., Петровская О. А. МЕСТО ЭМБОЛИЗАЦИИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ.....	64
Фрайжи А. А., Трус А. С. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ УФ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ	66

НАПРЯМ 2. ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Варварич І. Ю., Дорош А. І., Гресько М. Д. ФІТОТЕРАПІЯ У КОРЕКЦІЇ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ	68
Васкес Абанто А. Э., Васкес Абанто Х. Э. ФИНАНСИРОВАНИЕ И РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ	70
Grishyna O. I., Vabinets O. M., Menkus O. V. QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DIABETES, OSTEOARTHRITIS AND HYPERTENSION	74
Карвацька Н. С., Курик В. І., Замковий М. Д. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПАТОГЕНЕЗУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ	75
Кричун О. О., Клітинська О. В., Васько А. А. РОЛЬ ЯКІСНОЇ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПІД ЧАС ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕЗНІМНИМИ	79

НАПРЯМ 3. ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

Блажесвський М. Є., Криськів Л. С. КІНЕТИКО-СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ АРПЕНАЛУ ЗА РЕАКЦІЄЮ ПЕРГІДРОЛІЗУ	81
Бойко Ю. А., Кравченко І. А., Мохаммед Аят ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ МАЗИ С ЭКСТРАКТОМ ГОРЬКОГО ПЕРЦА	85
Бурда Н. Є. ВИЗНАЧЕННЯ ЧИСЛОВИХ ТА ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ КОРДЦЕПСУ	88
Бурда Н. Є., Сахацька І. М., Кисличенко В. С. ВИЗНАЧЕННЯ ПОЛФЕНОЛЬНИХ СПОЛУК У КОРЕНЕВИЩАХ З КОРЕНЯМИ ПІВОНІЇ ЛІКАРСЬКОЇ ДЕКОРАТИВНИХ СОРТІВ	90
Бурда Н. Є., Кливняк Б. М., Рожковський Я. В. ПОПЕРЕДНЄ ФІТОХІМІЧНЕ ВИВЧЕННЯ ЯКІРЦІВ СЛАНКИХ	91
Гамуля О. В., Хворост О. П. ДОСЛІДЖЕННЯ МОРФОЛОГО-АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ КВІТОК ОГРКА ПОСІВНОГО	92
Головченко О. І., Головченко О. В., Броварець В. С. НОВИЙ ПІДХІД ДО СИНТЕЗУ ФОСФОНОПЕПТИДОМІМЕТИКІВ ІЗ ЗАЛИШКАМИ ОПТИЧНОАКТИВНИХ А-АМІНОКИСЛОТ У ПЕПТИДНОМУ ЛАНЦЮЗІ	94

*Карвацька Н.С., к. мед. н., доцент;
Деркач В.Г., к. мед. н., доцент; Карвацька Т.Г.
Буковинський державний медичний університет*

ДО ПИТАННЯ ПРО ТЕРАПЕВТИЧНУ РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ХВОРИХ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

Високий динамізм розвитку соціальних процесів у суспільстві визначає факт широкого, усе зростаючого розповсюдження пограничної психічної патології у населення різних регіонів України [4, с. 33-40]. Упродовж останніх років спостерігається збільшення поширеності і зростання захворюваності психічними розладами. На сучасному етапі в структурі захворюваності психічними розладами спостерігається зростання захворюваності неспихотичними формами психічних розладів, серед яких переважають невротичні порушення [1, с. 177-194]. Серед невротичних порушень переважають афективні і, зокрема, депресивні розлади. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) наголошується тенденція до коморбідності депресивних проявів іншими групами розладів, особливо неспихотичного рівня, зокрема, тенденція до «тривожності» депресії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на 2010 р. депресивні, тривожні і асоційовані з ними розлади зайняли одне з перших місць в структурі психічної захворюваності, вони склали близько 40% від загальної кількості зареєстрованих в світі психічних розладів. У зв'язку з цим, проблема афективної патології, особливо депресивних і тривожних станів, має важливе значення для клінічної практики і теоретичної психіатрії. Статистичні дані свідчать про те, що через різні життєві обставини приблизно у 30% дорослого населення виникають нетривалі депресивні і тривожні епізоди неспихотичного рівня, з яких діагностуються не більше 5% випадків [2, с. 17-29].

На сьогоднішній день актуальним залишається питання лікування невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, та соматоформними розладами, що обумовлено наявністю пацієнтів із хронічними, важкими формами психічних розладів неспихотичного рівня, невротичними розладами на тлі органічних

захворювань головного мозку, а також хворих, для яких повсякденне соціальне оточення є постійним джерелом декомпенсації і настільки важкого емоційного стресу, що робить майже неможливим ефективне лікування в амбулаторних умовах. Тому необхідно формувати нові лікувально-реабілітаційні підходи до цих станів, що супроводжуються терапевтичною резистентністю.

При резистентних до терапії затяжних депресивних станах, окрім справжньої резистентності, пов'язаної з індивідуальними особливостями фармакокінетики (всмоктування, розподіл, метаболізм, виведення психотропних препаратів), а також особливостями психопатологічного процесу, істотне значення в деяких випадках можуть набувати гальмівні впливи особистісно-психогенних утворень. Такі хворі потребують одночасної психотерапевтичної кваліфікованої допомоги, яка б урахувала особливості їх психоемоційної сфери, із застосуванням традиційної терапії при зазначених психічних розладах.

Не дивлячись на високу ефективність антидепресантів, в середньому 30–60% хворих з патологією, що відноситься до розладів депресивного спектру, виявляються резистентні до тимоаналептичної терапії, що проводиться. Згідно загальноприйнятим критеріям, депресія вважається резистентною, якщо протягом двох послідовних курсів (по 3–4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно різними препаратами, спостерігається відсутність або недостатність клінічного ефекту (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона або Монтгомері складає менше 50%). Оцінка ефективності антидепресивної терапії наступні критерії: зменшення ступеня вираженості депресивної симптоматики за шкалою Монтгомері на 50% відповідає достатньому ефекту, на 21-40% - помірному ефекту і менше 21% - незначному ефекту. Адекватною дозою антидепресанту вважається доза, еквівалентна 200 міліграм іміпраміну або 200-300 міліграм амітріптіліну [5, с. 205-206].

Усе вище викладене послужило обґрунтуванням до проведення дослідження, метою якого було вивчення ефективності терапії пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом.

З метою вивчення особливостей психоемоційної сфери хворих при резистентних до терапії невротичних розладах, пов'язаних зі стресом, обстежено 30 хворих, у яких визначили акцентуації характеру за допомогою опитувальника Г. Шмішека за концепцією К. Леонгарда, рівень депресії - з використанням шкали депресії Зунга, адаптованої Т.І. Балашовою, та показники особистісної та реактивної тривожності на початку і вкінці комплексного лікування, що поряд із медикаментозним впливом включало індивідуальну і групову короткотермінову психотерапію. На базі 5-го відділення (неврозів та граничних станів) Чернівецької обласної психіатричної лікарні за період з 2010 по 2011р. обстежено 30 пацієнтів із різними формами невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, із використанням методик дослідження акцентуації особистості, особистісної та реактивної тривожності, рівня депресії та механізмів захисту на початку курсу лікування та після його проведення. В ході скринінгового дослідження використані наступні методики: шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна, шкала депресії Гамільтона. Особистісні характерологічні акцентуації визначали за допомогою опитувальника Г.Шмішека за концепцією К.Леонгарда, рівень алекситимічного індексу - з використанням Торонтської алекситимічної шкали, стан фрустраційної толерантності особистості - за Розенцвейгом.

Паралельно вивчалася медична документація, проводилася співбесіда з подальшою клініко-психопатологічною оцінкою кожного випадку.

Основними скаргами у обстежуваних хворих були: головні болі - у 82,6%; плаксивість - у 21,7%; порушення сну - у 73,9%; зниження працездатності - у 95,6%; підвищена тривожність — у 60,8%; страх за стан свого здоров'я - у 43,5%; зниження настрою - у 86,9%. Аналіз психопатологічних проявів у хворих виявив емоційну лабільність (нестійкість настрою у 90,6% обстежених, тривогу за стан свого здоров'я у 71,9%, дратівливість у 93,8%) і соматовегетативні симптоми (короткочасні цефалгії у 87,5%, запаморочення у 50%, відчуття «грудки» в горлі у 31,3%, лабільний пульс, частіше брадикардія — 59,4%, гіпотонія у 46,9%, біль в епігастрії 21,9%, дизуричні розлади у 25%, статеві розлади у 21,9% пацієнтів).

При експериментально-психологічному обстеженні при поступленні у більшої хворих визначалася акцентуація рис характеру за екзальтованим, дистимним, збудливим, емотивним, застрягаючим, циклотимним типом на тлі високого рівня особистісної та реактивної тривожності, помірної депресії. Частіше використовувалися такі механізми захисту особистості, як раціоналізація, проекція, компенсація та гіперкомпенсація, рідше – витіснення, заперечення та регресія.

При виборі лікувально-реабілітаційних заходів враховували вираженість психосимтоматики [6, с. 37-40]. При переважанні астеничної симптоматики основні зусилля прямували на нормалізацію сну, відпочинок, загальнозміцнюючу терапію, психотерапію — формування упевненості в своїх силах. При переважанні депресивної симптоматики проводилася медикаментозна терапія і комплекс психотерапевтичних заходів. При переважанні істеричної симптоматики основний наголос здійснювався на психотерапевтичні дії в різній модифікації.

Сучасний підхід до лікування пацієнтів із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами полягає в комбінуванні різних методів – психотерапії та біологічної терапії (медикаментозної). Основним завданням лікування депресій виступала необхідність дати пацієнту надію на покращення, всупереч його переконанням про власну безперспективність і непотрібність. Медикаментозне лікування психогенних депресій призначається при різній виразності депресивних проявів, причому необхідною умовою ефективності лікування є співробітництво пацієнта з лікарем. Для лікування депресій застосування фармакотерапії без психотерапії мало ефективно. Психотерапія допомагає лише за умови, якщо той, до кого її застосовують, відчуває довіру до психотерапевта. Психотерапія неможлива при відсутності емпатії - здатності терапевта налаштувати свої емоції на "хвилю" переживань інших людей, що сприяє врівноваженості емоційної сфери людини.

Найпоширенішими методами психотерапії, які застосовуються при лікуванні депресій, сьогодні є когнітивна, біхевіоральна, клієнт-центрована, психодинамічна терапія і символдрама [3, с. 77-80]. Психотерапія є основним

методом лікування, не альтернативою, а важливим доповненням до медикаментозного лікування психогенної депресії. І на відміну від нього вона надає пацієнту більш активну роль у процесі лікування, можливість розвинути навички емоційної саморегуляції і в подальшому – більш активно справлятися з кризовими ситуаціями, не занурюючись у депресію.

Після проведеного лікування зменшилася кількість пацієнтів зі скаргами на дратівливість з 93,8% до 15,6%, на тривогу за стан свого здоров'я з 71,9% до 12,5%, на головний біль — з 87,5% до 18,7%. У більшості хворих це супроводжувалося пом'якшенням акцентуйованих рис характеру, зниженням рівня депресії та напруженості механізмів захисту, що дозволяє зробити висновок про те, що проведення психотерапії значно інтенсифікує процес лікування і здійснює позитивний вплив за рахунок усунення причин і урахування механізмів розвитку хвороби, що обумовлює зменшення або ліквідацію симптоматики. У той же час, у 19% хворих із невротичними розладами, пов'язаними зі стресом, редукція симптоматики за шкалою Гамільтона складала менше 50%, що свідчить про незначний терапевтичний ефект.

У результаті проведеного дослідження виявлено, що комплексне лікування хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами, що супроводжувалися резистентними до терапії затяжними депресивними станами, завдяки застосуванню індивідуальної і групової психотерапії з урахуванням особистісних особливостей хворих, викликало суттєве покращення їх стану із пом'якшенням акцентуйованих рис характеру особистості, покращенням настрою і зниженням рівня реактивної тривожності. Таким чином, особистісно-орієнтована індивідуальна і групова психотерапія хворих із резистентними до терапії затяжними депресивними станами сприяє інтенсифікації процесу лікування.

Усе вище викладене свідчить про актуальність пошуку нових і модернізації відомих методів терапії невротичних розладів, пов'язаних зі стресом. Необхідно продовжити роботу по розробці ефективніших моделей комплексної фармако- і психотерапії невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, психопрофілактичної

роботи, направлених на забезпечення високої ефективності лікування та медико-соціальної реабілітації психічно хворих, підвищення якості їх життя і рівня реінтеграції та адаптації в суспільстві.

Результати проведеного дослідження показали, що серед патопсихологічних механізмів виникнення депресії визначальну роль мають наявні особистісні характерологічні акцентуації, високий рівень алекситимічного індексу, зниження фрустраційної толерантності особистості, на які спрямована психотерапія з метою розвинути навички емоційної саморегуляції і в подальшому – більш активно справлятися з кризовими ситуаціями, не занурюючись у депресію.

Література

1. Александровский Ю.С. Социальные факторы и пограничные психические расстройства / Ю.С. Александровский // Руководство по социальной психиатрии под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. - С. 177 - 194.
2. Бачериков Н. Е., Воронцов М. П., Петрюк П. Т., Цыганенко А. Я. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. – Харьков: Основа, 1995. - 276 с.
3. Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. - СПб.: Речь, 2001. - 256 с.
4. Мартиненко Н.В. Втрата роботи як патогенний фактор впливу на психічне здоров'я людини: стан та напрямки досліджень (аналітичний огляд літератури) // Н.В. Мартиненко // Архів психіатрії. - 2005. - Т.11, №4. - С. 33 - 40.
5. Мартыненко Н.В. Причины и механизмы невротических и соматоформных расстройств у безработных // Н.В. Мартиненко // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т.15, вип.1 (50). - С. 205 - 206.
6. Мартыненко Н.В. Система психотерапевтической коррекции дезадаптации безработных мужчин и женщин с соматоформными, личностными и сексуальными расстройствами // Н.В. Мартиненко // Медицинская психология. - 2007. - Т.2, №3. - С. 37 - 40.