ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

«СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ ТА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ»

20-21 грудня 2013 р.

Львів

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., Антонюк С. М., Головня П. Ф.
ОПТИМІЗАЦІЯ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ
НА ЗОВНІШНІ ТОНКОКИШКОВІ НОРИЦІ 8

Бабинец 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.
ПРОКАЛЬЦИТОНІН ЯК МАРКЕР АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ
ПРИ ПОЗАГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ 14

Деркач В. Г., Сандуляк В. П., Сандуляк В. О.
ПСИХОЛОГІЧНІ ТА СІМЕЙНІ ЧИННИКИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ 15

Дрозд В. Ю., Мандрик О. Є.
ЛІКУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА
ОЖИРІННЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ ІЗ ВИКОРИСТАННЯ
СХЕМИ ЕЗЕТИМІБ, 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.
КОРРЕКЦИЯ ПОРАЖЕНИЙ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ
С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ 22

Залявська О. В.
ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ
НА РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ ТА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ 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

Конопліцький 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

Лукіянець О. О., Шавлюк Р. В.
ЗНАЧЕННЯ ФОРМИ ОБОДОВОЇ КИШКИ
В РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ КОЛОСТАЗІВ 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

Сущая 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., Babinets O. M., Menkus O. V.
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DIABETES,
OSTEOARTRITIS 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

Блажеєвський М. Є., Криськів Л. С.
КІНЕТИКО-СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНЕ
ВИЗНАЧЕННЯ АРПЕНАЛУ ЗА РЕАКЦІЄЮ ПЕРГІДРОЛІЗУ 81

Бойко Ю. А., Кравченко И. А., Мохаммед Аят
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ МАЗИ
С ЭКСТРАКТОМ ГОРЬКОГО ПЕРЦА 85

Бурда Н. Є.
ВИЗНАЧЕННЯ ЧИСЛОВИХ
ТА ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ КОРДІЦЕПСУ 88

Бурда Н. Є., Сахацька І. М., Кисличенко В. С.
ВИЗНАЧЕННЯ ПОЛІФЕНОЛЬНИХ 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 ОГІРКА 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;

Курик В.І. - к. мед. н., асистент; Замковий М.Д.

Буковинський державний медичний університет,

Чернівецька обласна психіатрична лікарня

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПАТОГЕНЕЗУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

Структура зміни захворюваності свідчить, що в Україні в останні роки відзначається значний ріст психогенних за походженням, соматизованих, психосоматичних захворювань із хронічним перебігом, межових станів [8, с. 40-49]. У їх формуванні істотну роль мають також тенденції рішення особистісних проблем шляхом «заглиблення в хворобу» [6, с.22-27]. Певну питому вагу має також формування у частини населення настанов на хворобу як варіант «соціальної моди», коли престижним є наявність хронічних захворювань і постійного лікування [7, с.68-73]. У зв'язку з чим суспільство втрачає певну кількість спеціалістів працездатного віку, залишаються ускладненими та обмеженими перспективи відновлення працездатності внаслідок захворювання, їх якості життя і соціального функціонування.

Велика поширеність невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів робить особливо актуальним пошук форм їх адекватної діагностики, лікування і профілактики. Тому стає важливим проведення вивчення факторів ризику та антиризику розвитку терапевтичної резистентності у хворих з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними психічними розладами з метою раннього виявлення психічної патології та попередження ускладнень, пошуку оптимізації здоров'я великої соціально-значимої групи хворих, що і пояснює актуальність досліджень.

Багато сучасних дослідників указують на те, що будь-який невротичний або неврозоподібний стан нерідко містить у собі тривожність як одну з супутніх ознак. Основними тривожними рисами є: стримування почуттів; накопичення і гальмування афекту; боязкість; необгрунтовані каяття совісті; відчуття

зобов'язання; сумніви; страх перед можливими помилками; метушливість; недовіра до життєвого процесу; очікування небезпеки; втрата перспективи.

У кожної людини є оптимальний або бажаний рівень тривожності - так звана корисна тривожність, що забезпечує достатню підготовку до дій у новій або кризовій ситуації. Це своєрідне почуття зібраності, що може перерости в сторожкість, а іноді й у почуття хронічної боязкості, страху й напруженості; зростання тривоги відбувається у зв'язку зі зменшенням рівня адаптації до умов навколишнього середовища. Виникнення тривоги може бути пов'язаним як із зовнішніми, так і з внутрішніми факторами. Під впливом зовнішніх умов тривожність виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різною як за інтенсивністю, так і за тривалістю.

Під внутрішніми факторами розуміється індивідуальна характеристика особистості, що відбиває схильність суб'єкта до тривоги і що припускає в нього наявність тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них визначеною реакцією. Високо тривожні особистості схильні сприймати загрозу своїй самооцінці і життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій і реагувати на них досить напружено, вираженим станом тривоги.

Характер психосоматичної реактивності значною мірою є індивідуально обумовленим. Певні особистості при емоційному навантаженні частіше реагують серцево-судинними явищами у вигляді тахікардії, відчуття стиснення в ділянці серця тощо, інші - реакціями травного тракту, пітливістю або м'язовими реакціями. Ця індивідуальна реактивність не є обов'язково незмінною і постійною в усіх ситуаціях і в усіх періодах життя: особи, які реагували на емоційні навантаження в дитячому періоді проносом, можуть у дорослому віці при тих же психічних стресах мати серцево-судинні реакції. Питання індивідуального характеру реакцій досі повністю не з'ясовані.

За даними опитувальника Sixteen Personality Factors Scale, підвищена тривожність, відчуття незахищеності, порушення емоційної чутливості та психологічної адаптації були пов'язані зі збільшенням серцево-судинної

смертності. У підсвідомості хворого під впливом реальних або уявних фактів формується застійна тривога. Реакція страху у відповідь на стрес запускає активацію симпато-адреналової системи, тим самим стимулюючи розвиток серцево-судинної патології.

Стан психічного здоров'я пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями вагомо впливає на якість життя цих хворих. Нагальність потреби в розробках адекватних психосоматичних методів лікування зумовлена не тільки значним поширенням серцево-судинних захворювань у державі, а й особливостями їх етіопатогенезу, погіршенням якості життя цих хворих.

Отже, на особливу увагу заслуговують труднощі адекватного вибору та проведення терапії при невротичних, пов’язаних зі стресом та соматоформних розладах. З практичного погляду вчасна діагностика подовженої тривожної реакції на фоні серцево-судинного захворювання або верифікація продромального періоду панічного розладу з подальшим їх лікуванням забезпечує значні можливості попередження більш складних клінічно окреслених розладів. Ці можливості на сучасному етапі розвитку психофармакотерапії визначаються наявністю достатнього вибору протитривожних засобів, але його складність обумовлена необхідністю розгалуження нормальних фізіологічних реакцій тривоги в межах адаптації до мінливих умов життєдіяльності і тривоги як психопатологічного феномену. У першому випадку доцільне застосування тільки методів психологічної корекції і анксіолітиків-адаптогенів [5, с. 14-19]. За наявності клінічних проявів патологічної тривоги використовуються класичні транквілізатори.

Систематичні помилки практикуючих лікарів у підборі транквілізаторів або заспокійливих засобів, що призводять до нетривалого нестійкого ефекту психофармакотерапії, обумовлені недооцінкою «мішеней» терапії, невідповідністю хімізму та доз препаратів меті лікування, а також відсутністю терапії навіть за наявності резидуальної тривожної симптоматики. Недостатність у дозуванні препаратів та тривалості лікування почасти аргументується лікарями

побоюваннями розвитку толерантності до терапії та синдрому залежності, а також побічних ефектів препаратів (у тому числі надмірної седації).

Природно в корекції тривожних розладів незалежно від їх нозологічної форми пріоритет належить транквілізаторам, що мають комплексний анксіолітичний, гіпнотичний, вегетостабілізуючий та центральний міорелаксуючий ефекти, тим самим впливаючи практично на всі патогенетичні ланки тривожних розладів. У клінічній практиці лікарі надають перевагу «денним» транквілізаторам без значного снодійного ефекту, що зручно використовувати амбулаторно. До таких препаратів можна зарахувати алпразолам (ксанакс), медазепам (рудотель), оксазепам (нозепам, мазепам), тофізопам (грандаксин), лоразепам (лорафен), а також афобазол. Дія препарату заснована на гальмуванні мембранозалежних змін у ГАМК-рецепторі, у зв'язку з чим знижується його доступність для відповідного ліганда.

Добре відомо, що тривожність пов’язана з трьома основними трансмітерами: серотоніном, норадреналіном та гама-аміномасляною кислотою (ГАМК). В експериментах показано, що в механізмах тривоги суттєву роль відіграють порушення норадреналінергічних систем мозку. Цю концепцію підтверджує ефективність інгібіторів зворотного захоплення норадреналіну (трамал, лерівон) у лікуванні тривоги. ГАМК є найбільш поширеним тормозним медіатором у ЦНС, існує припущення, що при ПСР виникає аномалія ГАМК-бензодіазепінових рецепторів або недостатність їх ендогенних лігандів, що зумовлює патологічну тривожність як рису особистості та легкість її провокування. Це підтверджується даними про ефективність у терапії тривоги агоністів бензодіазепінових рецепторів – транквілізаторів бензодіазепінового ряду і особливо високопотенційованих бензодіазепінів(клоназепам, алпрозолам). Підтвердженням патогенетичної ролі серотонінових рецепторів та метаболітів серотоніну є ефективність антидепресантів, які специфічно впливають на обмін серотоніну в мозку, так званих селективних інгібіторів (золофт, феворин, ципралекс) або стимуляторів зворотного захоплення серотоніну (коаксіл). Пріоритетні піонерські дослідження, які провели у Санкт-Петербурзькому психоневрологічному інституті ім. В.М.

Бехтерєва фахівці під керівництвом І.П. Лапіна починаючи з кінця 60-х років, показали важливу роль основних метаболітів серотоніну - нейрокінуренінів - у розвитку стресу, тривоги, депресії, алкоголізму, епілепсії [7, с. 68-73.]. Виявилося, що причиною депресії можуть бути дефекти функціонування серотонінергічної системи мозку. Серотонін на рівні центральної нервової системи бере участь у регуляції прийому їжі, апетиту, сну, пам'яті, температури тіла, настрою, поведінки, агресивних та мотиваційних реакцій, функції серцево-судинної та ендокринної системи, крім того, він має периферичну дію, яка проявляється стимулюванням перистальтики та скороченням гладеньких м'язів, підвищенням агрегації тромбоцитів. Основний ефект антидепресантів полягає у збільшенні вмісту серотоніну в структурах головного мозку. Так, у 90-х роках з'явилися нові антидепресанти, дія яких селективно спрямована на рецептори серотоніну. Система адаптації працює за схемою: гіпоталамус – передня доля гіпофізу – кора надниркових залоз, що посилює виділення і секрецію глюкокортикоїдів. Це призводить до підвищення концентрації нейрокінуренінів унаслідок гормональної продукції в печінці ферменту триптофанпіролази та в мозку – індоламін-2,3-діоксигенази. У свою чергу, нейрокінуреніни (L-кінуренін, 3-оксикінуренін, хінолінова кислота, нікотинамід та ін.) через систему адаптації знов підвищують активність цих обох ферментів. Таким чином, формується «вадне» коло, яке підтримує підвищений рівень нейрокінуренінів довгий час. Підвищення рівнів нейрокінуренінів є досить тривалим, що відрізняє його від порушення рівнів індоалкіламінів, які є відносно коротко існуючими (хвилини, години) та циркулюють в основному в початковій фазі стресу. Підвищення ж рівня нейрокінуренінів залишається на багато годин та діб, визначає головним чином наслідки стресу, його відстрочені ефекти, наприклад невротичні, депресивні, психологічні та нейродегенеративні порушення у ранньому та далекому онтогенезі. L-кінуренін є попередником усіх інших нейрокінуренінів, тому від його кількості залежать рівні усіх похідних L-кінуреніна, які відіграють провідну роль у генезі депресії, алкоголізму, епілепсії, алергічних захворювань, психосоматичних розладів та низки онкологічних хвороб [1, с. 28–33, 2, с. 33–36,

3, с. 129–134, 4, с. 68–73.]. Таким чином, стає зрозумілим доцільність тривалого призначення антидепресантів селективної спрямованості на рецептори серотоніну (золофт, феворин), яке може в окремих випадках досягати шести місяців та більше.

Література

1. Белостоцкая Ж.И. Особенности депрессивных расстройств у лиц, проживающих в сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // Медицинская психология. — 2007. — Т. 2, № 4. - С. 28-33.

2. Белостоцкая Ж.И. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики депрессивных расстройств у жителей сельской местности / Белостоцкая Ж. И. // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т. 15, вип. 3. — С. 33–36.

3. Белостоцкая Ж.И. Современные особенности депрессивных расстройств, выявляемых у лиц, проживающих в сельской местности (обзор литературы) / Ж. И. Белостоцкая, И. Л. Вовк // Український вісник психоневрології. - 2009. - Т. 17, вип. 1. - С. 129-134.

4. Гончарова Е.Ю., Петрюк А.П., Петрюк П.Т. Клинические аспекты применения миртастадина в лечении депрессивных расстройств / А. П. Петрюк, П. Т. Петрюк // Український вісник психоневрології. - 2010. - Т. 18, вип. 2. - С. 68-73.

5. Марута Н.О. Депресивні розлади у мешканців сільської місцевості: клініко-психопатологічна характеристика, діагностика та терапія / Н. О. Марута, Ж. І. Білостоцька // Архів психіатрії. - 2008. - Т. 14, № 3. - С. 14-19.

6. Михайлов Б.В. Проблема депрессий в общесоматической практике / Б.В. Михайлов // Международный медицинский журнал. - 2003. - Т. 9, № 3. — С. 22–27.

7. Петрюк А.П., Петрюк П.Т. Клинические аспекты применения миртастадина в лечении депрессивных расстройств / А. П. Петрюк, П. Т. Петрюк // Український вісник психоневрології. - 2010. - Т. 18, вип. 2. - С. 68-73.

8. Пилягина Г.Я. Депрессивные нарушения / Г.Я. Пилягина // Журнал практичного лікаря. - 2003. - № 1. - С. 40-49.