

Організація наукових медичних досліджень  
«Salutem»

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ

«ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ  
РОЗВИТКУ СУЧАСНИХ МЕДИЧНИХ  
ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАУК»

9–10 лютого 2018 р.

Дніпро  
2018

РЕАКТИВНІСТЬ ОКСИДУ АЗОТУ ПРИ АПЛАСТИЧНІЙ АНЕМІЇ Лановенко І. І., Гашук Г. П. ....	62
ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОБМЕЖЕНІ ФОРМИ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ Мастний Є. М., Калабуха І. А., Хмель О. В., Івашченко В. Є., Веремеєнко Р. А., Волошин Я. М., Хмель В. В., Брянський М. В., Олесь А. Є. ....	66
ВМІСТ ГЛІКОПРОТЕІНІВ І ХОНДРОІТИНСУЛЬФАТІВ В КРОВІ ЩУРІВ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ У СТЕГНОВУ КІСТКУ БІОПОЛІМЕРУ НА ОСНОВІ ПОЛІЛАКТИДУ Макаров В. Б., Морозенко Д. В. ....	69
ДЕЯКІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ Мищенко О. М., Мищенко М. М., Сукачева О. М., Сватко Г. І. ....	71
ВОЗРАСТНІ ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИЦИДНОМ НАЗАРЯН Р. С., Ткаченко М. В., Коваленко Н. И., Власов А. В. ....	74
АНАЛІЗ ТЕРАПІЇ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ НЕВРОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ПРИ ОСТЕОПОРОЗІ З ЗАЛУЧЕННЯМ СІНАРТИ Олексюк-Нехамес А. Г., Симканич Н. Д. ....	77
НЕЙРОФІЗИОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ РОЛІ МІОРЕЛАКСАНТІВ В ЛІКУВАННІ МІОФАСЦІАЛЬНОГО СИНДРОМУ Олексюк-Нехамес А. Г., Шуляр І. А. ....	81
ПРООКСИДАНТНИЙ ТА АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАТУС В РЕПРОДУКТИВНОМУ ТРАКТІ ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ Орлова В. В., Суслікова Л. В. ....	84
КЛІТИННИЙ ЦИКЛ І ФРАГМЕНТАЦІЯ ДНК В КЛІТИНАХ СЕЛЕЗІНКИ ЩУРІВ ПРОТЯГОМ 7 ДІБ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ Очеретна Н. П. ....	87
СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННЯ КОРИ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Зборовская А. В., Пилькевич Т. С., Самолук Н. А. ....	90
ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ Роша В. В. ....	92
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ Савка С. Д. ....	93

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВЛИЯНИЕ ФТОРА НА ПРОЦЕССЫ ПЕРОКСИДАЦИИ В КРОВИ И СЕРДЦЕ КРЫС Акимов О. Е., Мищенко А. В., Костенко В. О. ....	34
ОСОБЛИВОСТІ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК З ПЕРЕНОШЕНОЮ ВАГІТНІСТЮ Гошовська А. В., Гошовський В. М. ....	37
ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ Гуменюк Г. Л. ....	39
ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ Златкіна В. В. ....	42
КРИТЕРІЇ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗУ ХРОНІЧНОГО ФІБРОЗНОГО ПУЛЬПИТУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ Зорівчак Т. І. ....	44
ДОСВІД ЗВАРЮВАННЯ ПАРЕНХІМИ ЛЕГЕНІ ПРИ АТИПОВІЙ РЕЗЕКЦІЇ ЛЕГЕНІ Івашченко В. Є., Калабуха І. А., Палівода М. Г., Хмель О. В., Волошин Я. М., Брянський М. В., Мастний Є. М., Гайдар О. А. ....	47
АНАЛІЗ ЕПІЗОДІВ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ В СТРУКТУРІ ЗВЕРНЕНЬ У ПРИЙМАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ Кичун Н. В., Савицька Ю. В. ....	49
«ЧЕРЕЗ ТЕРНИ ДО ЗІРОК» З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Корильчук Н. І., Корильчук Б. Т. ....	51
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ ІЗ ОЖИРІННЯМ ТА ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК Хухліна О. С., Антонів А. А., Восвідка О. С., Гайдичук В. С., Коцюбійчук З. Я. ....	55
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ГЕПАРИЗИНУ НА СТАН КОМПОНЕНТІВ ПОЗАКЛІТИННОГО МАТРИКСУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЗА КОМОРЕБІДНОГО ПЕРЕБІГУ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК Хухліна О. С., Антонів А. А., Восвідка О. С., Коцюбійчук З. Я. ....	58
СТРУКТУРА СУПУТНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ Дудник В. М., Куцак О. В. ....	60

## ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

РОША В. В.

*главный врач, нарколог, психиатр  
Наркологическая клиника «Грост»  
г. Одесса, Украина*

Алкоголизм в современном медицинском понимании – это хроническое, прогрессирующее заболевание, обусловленное злоупотреблением алкоголем. По вредным последствиям влияния на показатели здоровья населения алкоголизм занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний [5, с. 249].

Важнейшим признаком заболевания является патологическое влечение к алкогольному опьянению. Хронический алкоголизм рассматривают как заболевание, характеризующееся синдромом зависимости, т.е. потребностью (сильной или непреодолимой) его употребления [1, с. 504].

Согласно МКБ – 10, острая интоксикация алкоголем (F – 10.0) это проходящее состояние после употребления алкоголя, который приводит к изменениям и нарушению функций и реакций в психической и поведенческих сферах деятельности человека [3, с. 308].

Тяжесть алкогольного опьянения и его клинические особенности зависят не только от количества принятого спиртного, темпа приема. Это зависит также от индивидуальных биологических, психических особенностей индивида – типа нервной системы, характерологических свойств и др. а также от его функционального состояния в данный момент [4, с. 205].

Если у пациента имеется алкогольная зависимость, то прекращение или внезапное уменьшение потребляемой дозы алкоголя может привести к развитию синдрома отмены, отражающего гиперреактивность центральной нервной и вегетативной системы. Симптомы появляются в течении 4-24 ч, достигают пика спустя 36-48ч и стихают примерно 5 суток [2, с. 131].

С первых часов пребывания пациента в наркологическом центре «Грост» лечение началось с промывания желудка 1-1.5 л слабо-розового раствора перманганата калия. Больные получали перорально атоксил или энтеросгель два раза в сутки, питьевой раствор ReO, ларнамин два раза в сутки в питьевом растворе, глутаргин 1 гр. одна таблетка три раза в сутки.

В схеме лечения в первые трое суток для купирования психомоторного возбуждения применяли смесь Попова (фенобарбитал 0.4, спирт этиловый 20.0, вода дистиллированная 200.0), использовали хлорпротиксен (труксал) в дозировке 25-100мг., галоперидол 1.5-3.0 мг.

В рамках действия лечебного комплекса было также отмечено полную стабилизацию сна при приеме селюфен 10мг., сонмил 15мг., корвалтаб три раза в сутки, левана 0.5мг. два раза в сутки, глицин 250мг. три раза в сутки сублингвально.

Таким образом, назначение энтеральной терапии, внутримышечного введения: 5% раствора пиридоксина 4-6 мл; 0.05% раствора цианкобаламина 1-2 мл.; 6% раствора тиамин бромид; 5% раствора аскорбиновой кислоты 4-8 мл/сутки,

назначение минимальных дозировок нейролептики, препаратов для коррекции сна, при данной нозологии привело к снижению проявлений абстинентного синдрома.

На этапе выздоровления с пациентами и семьями работали психологи, психотерапевты. Что также создало положительные условия для перехода к следующему этапу лечения: реабилитация и ресоциализации.

Средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 5-8 суток, на момент выписки состояние пациентов оценивалось как полностью купированы 79% случаев, остаточные явления наблюдались в 21% случаев.

Итак, данная схема лечения абстинентного синдрома у пациентов с острой алкогольной интоксикацией является эффективной с медицинской и экономической точки зрения.

Выводы:

1. Применение энтеральной терапии позволяет проводить качественное лечение пациентов с алкогольной интоксикацией вне палат интенсивной терапии.
2. Используемая схема лечения позволяет снизить себестоимость пребывания пациента на койке и уменьшить количество дней пребывания в стационаре.

Использованная литература:

1. Гофман А.Г. «Психиатрия справочник практического врача» // 2017 г., изд. МЕДпресс-информ.
2. Джеймс Л. Джекобсон, Алан М.Джекобсон «Секреты психиатрии» // 2007 г. изд. «МЕДпресс-информ».
3. Сосіна І.К., Чуєва Ю.Ф. «Наркологія національний підручник» // 2014 г., Харків, Колегіум.
4. Сметаников П.Г. «Психиатрия руководство для врачей» // 1997 г., СПбМАПО.
5. Тиганов А.С. «Психиатрия научно-практический справочник» // 2016 г., изд. Медицинское информационное агентство.

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

САВКА С. Д.

*асистент кафедри нервових хвороб,*

*психіатрії та медичної психології*

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»  
м. Чернівці, Україна*

Ревматоїдний артрит вражає від 0,5% до 1% населення, впливає на функціональну спроможність людини та призводить до значного економічного навантаження для хворого та суспільства [1, с. 6]. Непсихотичні психічні розлади часто зустрічаються у пацієнтів з хронічними захворюваннями. Депресія, тривога, астения зустрічаються у 40-80% пацієнтів [2, с. 58]. Дані розлади пов'язані з основним захворюванням і впливають на їх тривалість, активність, функціональний стан і рівень активності пацієнтів [3, с. 1064].

3. Raf A.C., J. Pouchot, B. Fautrel, P. Boumier, P. Goupille, F. Guillemin Factors associated with fatigue in early arthritis: results from a multicenter national French cohort study *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 64 (2012), pp. 1061-1069.

### ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ПРИ ЛАТЕНТНОМ СД

**ЗБОРОВСКАЯ А. В.**

*доктор медицинских наук,  
заведующая отделением воспалительных заболеваний глаза  
и микрохирургического лечения их последствий*

**ШИЛЬКЕВИЧ Т. С.**

*кандидат медицинских наук,  
врач отделения воспалительных заболеваний глаза  
и микрохирургического лечения их последствий*

**САМОЛУК Н. А.**

*врач отделения воспалительных заболеваний глаза  
и микрохирургического лечения их последствий  
ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии  
имени В. П. Филатова  
Национальной академии медицинских наук Украины»  
г. Одесса, Украина*

**Актуальность:** Диабетическая ретинопатия (ДРП) является одной из ведущих причин инвалидности по зрению среди лиц трудоспособного возраста. Согласно данным ВОЗ в настоящее время общее количество больных сахарным диабетом (СД) в мире превышает 1000 млн. человек (3% населения Земли). Ежегодно оно увеличивается на 5-7% и удваивается каждые 12-15 лет. Латентный или скрытый сахарный диабет – это заболевание, протекающее без выраженной симптоматики в скрытой форме (при нормальном показателе гликозилированного гемоглобина в нормальном уровне глюкозы натощак). Такая патология чаще всего диагностируется поздно, и произошедшие изменения в организме остаются необратимыми.

**Цель:** Оценить тенденцию заболеваемости СД латентной формой, у пациентов с недифференцируемой геморагической ретинопатией.

**Материалы и методы:** В отделении воспалительных заболеваний глаз и микрохирургического лечения их последствий ГУ «ИГБ и ТТ им. В. П. Филатова НАМН Украины» на лечение находилось 7 человек: 4 женщины, возрастом 50-65 лет и 3 мужчин, возрастом 55-70 лет, с жалобами на выраженное снижение зрения как вдаль так и вблизи. При офтальмологическом осмотре острота зрения была снижена на оба глаза у всех пациентов. У трех пациентов из 7 острота зрения не превышала 0,1 на оба глаза. У всех пациентов при офтальмоскопии была выявлена

У процес дослідження було включено 120 пацієнтів у віці від 20 до 60 років. Першу дослідну групу із тривалістю ревматоїдного артриту до 5 років склали 55 пацієнтів (середній вік – 37,9±1,82), серед яких переважали жінки (46 осіб – 83,6%). Другу дослідну групу з тривалістю ревматоїдного артриту від 5 до 10 років склали 65 пацієнтів (середній вік – 37,9±1,82), серед яких також переважали особи жіночої статі (52 особи – 80,0%).

Обстеження пацієнтів здійснювалось шляхом стандартного інтерв'ю та експериментально-психологічного дослідження, що проводилось до і після лікування і включало: шкали Гамільтона – для виявлення рівня депресії і тривоги, методіку «Заучування 10 слів» А. Р. Лурія – з метою визначення стану процесів пам'яті, втомлюваності та активності уваги.

У пацієнтів було діагностовано неспихотичні психічні розлади у вигляді легкого депресивного, тривожно-депресивного, тривожно-фобічного, депресивно-іпохондричного, астеничного та емоційно-лабільного розладів.

Усі пацієнти отримували базисне лікування, а також приймали антидепресанти (венлаксор), анксиолітики (буспірон), вітамінотерапію (Магне В6) та психотерапію в залежності від форми неспихотичних психічних розладів.

Провівши аналіз ефективності лікування в залежності від виду терапії можна зробити наступні висновки: якість життя у всіх пацієнтів покращується приблизно в 1,2 рази від кожного виду лікування; показник депресії знижується у 5 разів під впливом антидепресантів, анксиолітиків і психотерапії та у 3,8 рази під впливом вітамінотерапії; показник тривоги знижується у 6,4 рази під впливом анксиолітиків, у 5 разів при лікуванні антидепресантами і психотерапією та у 4,6 разів під впливом вітамінотерапії (табл. 6.15).

Таблиця 1  
Ефективність лікування в залежності від виду терапії

Вид лікування	Якість життя		Депресія		Тривога	
	До	Після	До	після	До	Після
Антидепресанти	59,5	72,2*	10,71	2,08*	10,46	1,87*
Анксиолітики	61,1	73,8*	9,17	1,71*	14,18	2,20*
Вітаміни	58,7	71,1*	6,76	1,78*	7,89	1,73*
Психотерапія	59,8	73,6*	8,55	1,78*	11,07	2,08*

Отже, підсумовуючи результати проведених досліджень щодо корекції неспихотичних психічних розладів можна зробити наступний висновок: якість життя у всіх пацієнтів покращується приблизно в 1,2 рази від кожного виду лікування; показник депресії знижується у 5 разів під впливом антидепресантів, анксиолітиків і психотерапії та у 3,8 рази під впливом вітамінотерапії; показник тривоги знижується у 6,4 рази під впливом анксиолітиків у 5 разів при лікуванні антидепресантами і психотерапією та у 4,6 разів під впливом вітамінотерапії.

**Використана література:**  
1. Singh J.A., K.G. Saag, S.L. Bridges Jr., E.A. Akl, R.R. Bannuru, M.C. Sullivan, et al. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the treatment of rheumatoid arthritis *Arthritis Rheumatol*, 68 (2016), pp. 1-26.  
2. Balsamo S., L.R. Diniz, L.L.S. Santos-Neto, L.M.H. da Mota Exercise and fatigue in rheumatoid arthritis *IMAJ*, 16 (2014), pp. 57-60.