

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

тільки самі харчові продукти, але і хімічні речовини, які добавляються в продукти (фарбники, консерванти, коректори смаку та випадково попадаючі в них).

В патогенезі псевдоалергії діють 3 групи механізмів: гістаміновий, порушення активності комплементу та порушення метаболізму арахідонової кислоти. Причому у кожному конкретному випадку переважає один із механізмів.

На гістаміновий механізм впливає як стимуляція його утворення (поліміксин-В, декстран, рентгенконтрастні речовини, риба, томати, полуниця, шоколад), так і порушення механізмів інактивації гістаміну а чи попадання його з продуктами (сири, ковбаси, шоколад, консерви). Одним з фактоів підвищення в крові рівня гістаміну та інших біологічно активних амінів є дисбактеріози, що супроводжуються збільшенням кишкової мікрофлори з декарбоксілюючою активністю, що веде до утворення із гістидину, фенілетіламіну тирозину відповідних амінів – гістаміну, фенілетіламіну та тираміну.

Проведення диференційної діагностики між алергічними реакціями та псевдоалергією дозволяє використовувати адекватне комплексне лікування та дибитися кращих результатів.

ОСОБЛИВОСТІ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В КРИТИЧНИХ СТАНАХ

*Зінченко К. О. студентка, Попова Т. М. викладач педіатрії, лікар-неонатолог
Сумський медичний коледж*

Проблема виконання програми ППХ новонароджених дітей у критичних станах, і на сьогодні, залишається важливою та постійно потребує внесення змін.

Парентеральне харчування—це внутрішньовенне введення амінокислот, жирів, вуглеводів разом з мікроелементами та вітамінами.

Показання до повного парентерального харчування:

1. Неможливість ентерального харчування у новонароджених з хірургічною патологією ШКТ (кила пупкового канатика, гастрошизис, ускладнені анастомози, синдром короткої кишки);

2. Підозра на некротизуючий ентероколіт;

3. Недоношені діти з масою тіла менше 1500,0 г, на неповному ентеральному харчуванні;

4. Усі новонароджені, які до кінця першого тижня життя не отримують фізіологічну норму їжі.

Компоненти парентерального харчування: вуглеводи і спирти, жири, білки, сольові розчини, вітаміни, мікроелементи та анаболічні гормони.

Моніторинг під час проведення повного парентерального харчування:

1. Контроль кількості введеної рідини і діурезу;

2. Маса тіла;

3. Обвід голови, довжина тіла;

4. Розрахунок калоражу і компонентного складу введеної рідини;

5. Клінічний аналіз крові;

6. Посів крові на бактеріальну флору;

7. ЕКГ і вимірювання АТ;

8. Глюкоза в крові і сечі;

9. Біохімічний аналіз крові.

Ускладнення при повному парентеральному харчуванні: метаболічні, механічні, інфекційні.

Дослідницька робота.

Аналіз 25 історій розвитку новонароджених:

4(16%) – доношені діти;

21(84%) – недоношені діти:

- 3(12%) – мт=500,0-1000,0г;

- 14(56%) – мт=1000,0-1500,0г;

- 4(16%) – мт=1500,0-2000,0г.

За нозологіями:

- морфо-функціональна незрілість (мт<1500,0г) – 17(68%);
- гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС – 5(20%).

Троє дітей мали вроджену ваду розвитку:

- атрезія стравоходу – 2(8%);
- трахео-стравохідна нориця – 1(4%).

Діагнози були встановлені в постнатальному періоді на першу добу життя.

Решта дітей – 22(88%) виходжувались в умовах Сумського обласного клінічного перинатального центру і отримували повне парентеральне харчування протягом перших 3-4 днів життя.

Клінічні результати:

- 16 дітей (64%) мали діагноз неонатальна жовтяниця ;
- 6 дітей (24%) – гіпотрофію I-III ступеня;
- у 2-х дітей (8%) період адаптації перебігав на фоні некротичного ентероколіту (гіпоксичного генезу), діти отримували етіотропну антибактеріальну терапію.

Висновки.

Програма повного парентерального харчування:

1. Забезпечує більш фізіологічний перебіг періоду адаптації в новонароджених у тяжких станах;
2. Оптимізує стан новонароджених на етапі передопераційної підготовки;
3. Зменшує тривалість затяжних неонатальних жовтяниць;
4. Попереджує негативні неврологічні наслідки у дітей.

ВИВЧЕННЯ ОСНОВНИХ ПРИЧИН ВІДМОВ ВІД ЩЕПЛЕНЬ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Коваленко Г. О. – студентка V курсу 4а групи, Ониськова О.В., доцент

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Актуальність: Завдяки вакцинації захворюваність і смертність від інфекційних хвороб знизилася до історичного мінімуму. Незважаючи на видиму користь від застосування вакцин, з'явилося антивакцинаторство - громадський рух, який заперечує ефективність, безпечність та правомірність масової вакцинації.

Мета дослідження: виявити відсоток невакцинованих дітей і встановити основні причини відмов від щеплень

Матеріали та методи дослідження:

- Було опрацьовано 225 Карт профілактичних щеплень (форма 063/у) дітей 2010 і 2011 року народження, які підпорядковувались трьома дільницям: дільниці №59 і 60 (Центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) №2) і дільниці №7 (ЦПМСД № 4)
- Було проведено співбесіду з батьками, які відмовлялись від щеплень для своїх дітей із визначенням основних причин відмов.

Результати дослідження:

- Відсоток відмов від вакцин склав: 29,4% на дільниці №1, 25,1% на дільниці №2, 15% на дільниці №3
- Основними причинами відмов від вакцин стали: дитини хворіє після введення вакцини (26,6%), вакцини не потрібні (36,9%), вакцини є неякісними (13,3%), релігійні переконання (16,6%), лікарі не радять вводити деякі вакцини (6,6%)
- Графік щеплень повністю відповідає календарю у 2% дітей, що пов'язано з недосконалістю поставок вакцин на дільниці

Висновки:

- Встановлено, що середній відсоток відмов від щеплень становить 21,8%