

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ

МАТЕРІАЛИ

71-ї ПІДСУМКОВОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ПРОФЕСОРЬКО-ВИКЛАДАЦЬКОГО СКЛАДУ УЖНУ

*Факультет післядипломної освіти та
доуніверситетської підготовки*



ISBN 978-617-7404-30-8



9 786177 404308

3. Більше половини дітей (67,2%) мали дисбіоз як ускладнення основного захворювання, для якого характерна переважна асоціація з грамнегативною умовно-патогенною флорою (84,6%).

4. Характерним для клінічного перебігу гастроентериту ротавірусної етіології, є також наявність ексикозу, та багаторазовий характер блювання (75%).

ВПЛИВ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ НА СІМЕЙНУ СИСТЕМУ

Наль Б.Я., Романів О.Л.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фізіотерапії та фізіотерапії, м. Ужгород

Ключові слова: вагітність, пологи, післяпологовий період, післяпологова депресія (ППД), депресивний розлад (ДР), післяпологовий психоз.

Вступ. За даними літературних джерел розлади депресивного спектру у країнах Європи і США становлять на даний час близько 5-10%. Їх поширеність впродовж життя становить 16%, впродовж 12-ти місяців – близько 7%. У загальній медичній практиці частота депресій сягає 22-33%. Депресивні розлади (ДР) є однією з основних причин непрацездатності. Від 45 до 60% випадків самотужку відбувається в депресивному стані. Жінки хворіють на депресію вдвічі частіше, ніж чоловіки (відповідно, 20-26% та 8-12%), проте ці дані можуть бути обумовлені тим, що чоловіки менше звертаються за медичною допомогою. Післяпологова депресія визначається як епізод великої депресії протягом перших шести місяців після пологів, проте депресивний епізод може статися в будь-який час протягом першого року після пологів. (O'Hara & McCabe, 2013). Один метааналіз показує, що сукупні оцінки поширеності точки для великої і малої депресії коливаються від 6,5% до 12,9% (1,0% -5,6%) в різних триместрах вагітності і місяців в першому році після пологів, досягаючи максимуму через два та шість місяців після них. (Gavin et al., 2005).

Мета дослідження. Дослідити вплив післяпологової депресії на схему сім'ї та наслідки спрочинення нею. На основі отриманих даних розробити критерії діагностики, методи профілактики та корекції ППД.

Матеріали та методи. Для вирішення поставлених завдань були використані наступні методи: 1) клініко-анамнестичний; 2) соціально-демографічний; 3) метод анкетування; 4) єдинбургська шкала післяпологової депресії; 5) анкета здоров'я пацієнта (RHQ-9); 6) тест-опитувальник задоволеності шлюбом В.В.Століна; 6) метод статистичної обробки.

Результати дослідження. Дослідження знаходиться на етапі набору групи пацієнтів.

Матеріал та методи. Дослідження проводилося використовуючи статистичні дані показників захворюваності Обласної клінічної інфекційної лікарні у м. Ужгород (ОКЛІ) за період 2015 – 2016 рр., а тяжкість перебігу захворювання оцінювали за допомогою бальної шкали оцінки тяжкості клінічних проявів ротавірусного гастроентериту Vesikari.

Результати. За період з січня 2015 по грудень 2016 року з діагнозом гастроентерит в ОКЛІ було проліковано 1 566 осіб, з них 1 237 осіб діти. При цьому гастроентерит ротавірусної етіології склав 515 осіб (збудник підтверджено методом ІФА гота СІТО + Phatmasco), з них 460 – діти. Частота госпіталізації дітей через ротавірусну інфекцію складала 89%.

Клінічна картина гастроентериту ротавірусної етіології була представлена трьома основними синдромами: інтоксикацією, гастроінтестинальним та катаральним. Інтоксикаційний синдром характеризувався підвищенням температури тіла у 75%. Майже у всіх випадках 78,6% у дітей виявлялося зниження апетиту, кволість 76,5%, блідість 65,5%. При цьому у 28,5% спостерігали тахікардію на фоні нормальної температури тіла.

Тривалість синдрому інтоксикації склала від 3 до 5 діб. Більше ніж у половині дітей (285 дитини – 62%) були метаболічні порушення у вигляді синдрому ацетонемічного блювання, що спостерігався здебільшого у віці до 3 років та призводив до більш тривалого перебігу захворювання.

Враховуючи гострий початок захворювання, гастроінтестинальний синдром здебільшого розвивався вже у 1-шу добу захворювання і проявлявся наявністю блювання, й тривалістю до 3 днів, що спостерігалася у 368 дітей (80%), і ясного водянистого (184 дитина – 40%) або кашкопо-дібного (41,5%) випорожнення жовтого або жовто-зеленого кольору. Щодо домішок в калі, зелений вміст виявлявся у 113 (24,6%), слизу – у 92 (20%), крові – у 23 (5%) дітей. Розрізнені випорожнення спостерігалася у всіх дітей, а отже діарея була основним проявом ротавірусної інфекції. Частота випорожнень від 2 до 15 разів на добу (у середньому 4-5 разів на добу). Найчастіше (у 115 дітей, або 25%) нормалізація частоти настулала на 3-тню добу перебування дитини в стаціонарі.

Ексикоз було виявлено у 276 (60%), що вимагав проведення парентеральної регідрації. Ступінь зневоднення корелював із віком та тяжкістю стану хворої дитини.

Щодо катарального синдрому, який спостерігався майже у половині дітей (221 дитини, або 48%) та характеризувався закладеністю носа, сухим кашлем, гіперемією піднебінних дужок і зернистістю заднього склепіння глотки. Він як правило передував гастроінтестинальному.

Висновки.

1. Ротавірусну етіологію діареї було діагностовано у 89% дітей, що були госпіталізовані з приводу гострого гастроентериту.

2. Гастроентерит ротавірусної етіології має різноманітні клінічні прояви і характеризується гострим початком захворювання, що проявляється приєднанням до синдрому гострого гастроентериту інтоксикації, та катарального синдрому.