

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет



ЗБІРНИК
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ТА
ФУНДАМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»

14.04.2017 р.
м. Харків

вегетарианство. 21% считают вегетарианские блюда невкусными, а 58% студентов считают, что союз с вегетарианской кухней нужен. При вегетарианстве организм оказывается лишен витаминов Д, В12 и В2, кальция, железа, цинка, незаменимых аминокислот – все эти ценные соединения есть только в животной пище. Особенно важны они для жителей северных широт и умеренного пояса. Долгие зимние морозы и резкие перепады температуры требуют рациона, богатого белком и витаминами. А веганство лишает организм шанса на их получение.

Выводы. Здоровое питание не предполагает крайностей. Неважно, есть ли в рационе мясо – если меню сбалансированно, оно будет полезным для здоровья. Животный белок необходим организму для синтеза гормонов. Его плюсы в том, что в меню входит большое количество клетчатки, витаминов и антиоксидантов из овощей и фруктов, а кишечник не перегружен перевариванием тяжелого животного белка. «Мягкое» вегетарианство рекомендовано для питания людей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, почек.

Окунева А.А.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра экстренной и неотложной медицинской помощи, ортопедии и
травматологии

Научный руководитель: к.мед.наук, асс. Горячий Е.В.

Начало проведения реанимационных мероприятий является трудной задачей, как для врача, так и для родственников пациента или пострадавшего. Факторов, влияющих на принятие такого решения, множество: национальные и местные традиции, юридические, этические, религиозные, общественные и экономические факторы, вплоть до личных аспектов. В случаях внебольничной остановки кровообращения, любой врач обязан проводить сердечно-легочную реанимацию в максимальном объеме, который позволяют осуществить конкретные условия. Как правило, в данном случае воля пациента остаётся неизвестной, и начало реанимации должно начаться немедленно. Если же необходимость проведения сердечно-легочной реанимации возникла в условиях стационара, и воля пациента не была сформулирована достаточно чётко, то выполняются обоснованные действия с целью его реанимации. А как быть доктору, если пациент сам отказывается от спасения своей жизни?

Очень часто решение о прекращении реанимации вызывает вопросы как нравственного, так и этического характера, а именно: какую ответственность несёт реаниматор в случае прекращения СЛР? что свидетельствует о

бесполезности мероприятий реанимации? кто компетентен при принятии такого решения?

Отвечая на последний вопрос, стоит отметить, что решение о прекращении выполнения реанимационных мероприятий принимает руководитель бригады после консультации с другими ее членами. Окончательный же вывод базируется на клинической оценке отсутствия эффективности специализированных реанимационных мероприятий, а также при наличии признаков биологической смерти.

Говоря о бесполезности проведения реанимации, неоспоримыми аргументами, свидетельствующими в пользу прекращения её проведения, являются достоверные признаки биологической смерти. К ним относятся высыхание и помутнение роговицы глаза, наличие посмертного гипостаза в отлогих частях тела, трупное окоченение и симптом «кошачьего зрачка». В завершение хочется отметить, что в деятельности практикующего врача принятия таких решений избежать не удастся, при этом сомнения всегда будут появляться в ситуациях, когда потребуются субъективный вывод, как например, в случае хронической недостаточности кровообращения, тяжелой дыхательной недостаточности, асфиксии, травмы головы и тому подобное.

Ольхова А.О.

КЛІНІЧНА КАРТИНА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВИХ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Науковий керівник: к.мед.н. Зеленська К.О.

Вступ: Данні світової статистика показують, що у кожного п'ятого учасника бойових дій після повернення додому діагностують психічні розлади, з них більше половини це розлади адаптації. При цьому щодня росте число українських бійців, що повернулися з зони антитерористичної операції на сході країни з діагнозом посттравматичний стресовий розлад. Клінічна картина цього захворювання може змінюватися під дією різних факторів, що неодмінно впливає на майбутній план лікування.

Мета: вивчити зв'язок особливостей перебігу посттравматичного стресового розладу з алкогольною залежністю.

Матеріали та методи: Об'єктом дослідження були хворі психіатричного відділення Військово-Медичного клінічного центру Північного Регіону, у складі 12 чоловік з діагнозом Посттравматичний стресовий розлад F43.1. З них шість хворих страждали від алкогольної залежності, тож ми сформуваємо дві вибірки: вибірка А з синдромом алкогольної залежності, вибірка Б без синдрому алкогольної залежності. Для даного дослідження ми використовували наступні методи: клініко-психопатологічний, який включав інтерв'ювання та