

КРЕМІНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ

Методична розробка практичного заняття на основі компетентнісного підходу

Дизентерія. Кишкова колі-інфекція. Сальмонельоз. Поліомієліт

Навчальна дисципліна « Педіатрія»

Спеціальність 223 Медсестринство,
спеціалізація «Лікувальна справа»

Курс 4, семестр V – VII

Кількість годин 4

1. Тема: Дизентерія. Кишкова колі-інфекція. Сальмонельоз. Поліомієліт

Увага!

1. Завдання №1

В зошиті практичних занять до початку заняття в ZOOM

— записати дату, тему практичного заняття, практичні навички;

2. Завдання №2 Див. 7.4.2 Навчальні ситуації (Задачі), 7.4.3 Тести, підготувати до до 09:00 год. 03.11.21

2. Результати навчання:

Компетентності

2.1 Загальні компетентності:

2.2 Фахові компетентності:

Згідно з вимогами стандарту дисципліна «Педіатрія» забезпечує набуття студентами компетентностей

2.1 Загальні компетентності:

1. Знання та розуміння перебігу кишкової інфекції у дітей, зокрема *шигеліозу, кишкової колі-інфекції (ешерихіоз), сальмонельозу, поліомієліту*: епідеміологія, етіологія, клініка, діагностика, лікування, догляду.
2. Здатність застосовувати теоретичні знання на практиці.
3. Розвинути почуття професійної відповідальності за своєчасність і правильність проведених маніпуляцій і заходів для попередження інфекційних захворювань.
4. Здатність застосовувати теоретичні знання на практиці.
5. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
6. Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність приймати обґрунтовані рішення.
10. Здатність працювати в команді.
11. Знаходити психологічний контакт з хворою дитиною та її родичами.
12. Здатність спілкуватися рідною мовою як усно, так і письмово.
13. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
14. Визначеність і наполегливість щодо поставлених завдань і взятих обов'язків.
15. Здатність діяти соціально відповідально та свідомо.

2.2 Фахові компетентності:

1. Здатність провести огляд та оцінити стан хворих дітей.
2. Здатність здійснити послідовність дій під час огляду за хворою дитиною:
 - ☐ збір скарг, історії захворювання, , історії життя, епідеміологічного анамнезу .
 - ☐ об'єктивне обстеження, аналіз симптомів захворювання.
3. Здатність провести огляд випорожнень, їх оцінювання та реєстрацію.
4. Застосовування навичок (вмін) під час здійснення:

- ☐ збирання випорожнень для бактеріологічного дослідження
 - ☐ догляду за хворими
 - ☐ годування дітей
5. Здатність провести оральну та парентеральну регідrataцію.
 6. Застосовування навичок (вмінь) під час здійснення виконання призначень лікаря:
 - ☐ роздавання лікарських засобів,
 - ☐ проведення ін'єкцій (підшкірних, внутрішньом'язових, внутрішньовенних).
 7. Ознайомлення з правилами виписування реконвалесцентів.
 8. Застосовування навичок (вмінь) під час проведення поточної дезінфекції
 9. Вміти проводити специфічну та неспецифічну профілактику інфекційних захворювань.
 10. Розроблення плану профілактичних заходів в осередку інфекції.
 11. Застосовування навичок (вмінь) під час проведення протиполіомієлітної імунізації; заповнення карти профілактичних щеплень (форма № 063).

12. Оволодіти практичними навичками:

- ознайомлення із санітарно-протиепідемічним режимом інфекційного відділення;
- оцінювання стану дитини;
- реєстрація й оцінювання випорожнень;
- збирання випорожнень для копрологічного та бактеріологічного дослідження;
- застосування регідrataції;
- заповнення листка гідробалансу;
- догляд за хворими;
- роздавання лікарських засобів і виконання призначень лікаря;
- проведення поточної дезінфекції;
- заповнення термінового повідомлення в СЕС (форма № 058-о) і реєстрація в журналі інфекційних захворювань.
- проведення протиполіомієлітної імунізації;
- заповнення карти профілактичних щеплень (форма № 063).

3. Методи навчання

3.1 Підготовчий етап:

- бесіда-дискусія;
- метод кейсу.
- метод конкуруючих груп;

3.2 Основний етап:

- Метод проблемного кейсу;
- рольова гра;
- «ротаційні трійки»;
- бесіда-дискусія;

3.3 Заключний етап:

- Робота малими групами;
- «ротаційні трійки».

4. Методи контролю

- оцінювання усної відповіді студента;

- оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі;
- оцінювання вирішення тестових завдань;
- оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння;
- оцінювання активності при роботі в малих групах.

5. Міждисциплінарна інтеграція

№ п/п	Дисципліна	Знати	Вміти
I Попередні (забезпечуючі) дисципліни			
1.	Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка	Участь фельдшера в лабораторних та інструментальних дослідженнях.	збирання випорожнень для копрологічного та бактеріологічного дослідження; реєстрація й оцінювання випорожнень; проведення поточної дезінфекції; реєстрація й оцінювання випорожнень;
		Виписування, зберігання та застосування лікарських засобів.	Техніка п/ш, в/в, в/м ін'єкцій. Закапування крапель у ніс, вуха, очі. Техніка забору крові для біохімічного дослідження.
2.	Фармакологія	Препарати для оральної та парентеральної регідrataції.	Методика застосування.
		Групи антибактеріальних засобів їх характеристика.	Особливості розведення і введення.
3.	Анатомія людини	Органи травлення.	Методика обстеження.
4.	Основи мікробіології	Характеристику збудників кишкової інфекції	проведення протиполіомієлітної імунізації;
	Інфекційні хвороби.	Циклічність перебігу інфекційних хвороб.	Огляд хворих дітей. Оцінювання стану дітей.
III Внутрішньо предметна інтеграція			
1.	Педіатрія	АФО органів травлення у дітей. Методика обстеження дитини. Семіотики основних захворювань.	Визначення частоти випорожнень, їх оцінювання та реєстрація Збирання анамнезу життя, хвороби, епід. анамнезу.

6. Література

6.1 Основна:

1. *Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики:* підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: ВСВ Медицина, 2018. — 592 с.
2. *Практичні навички в педіатрії:* навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: ВСВ Медицина, 2018. — 296 с.
3. *О.А. Голубовська “Інфекційні хвороби”*, Київ ВСВ «Медицина», 2012 рік.
4. *Конспект лекції за темою.*

СТРУКТУРА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

7. Підготовчий етап (тривалість 45 хвилин)

7.1 Організаційна частина заняття.

7.2 Повідомлення теми:

7.3 Мета заняття:

7.4 Перевірка вхідного рівня знань.

7.1 Організаційна частина заняття.

Викладач перевіряє присутність студентів на занятті, відмічає відсутніх в академічному журналі, проводить контроль готовності студентів до заняття (зовнішній вигляд, алгоритмів, методичних вказівок).

7.2 Повідомлення теми:

«Дизентерія. Кишкова колі-інфекція. Сальмонельоз. Поліомієліт»

7.3 Мета заняття:

Актуальність теми: Однією із серйозних проблем педіатрії є високий рівень інфекційних захворювань у дітей, у тому числі у дітей раннього віку. Особливу небезпеку викликають гострі кишкові інфекції, які за поширеністю поступаються тільки гострим респіраторним захворюванням, а в структурі дитячої смертності з інфекційних причин у країнах СНД їхня частка перевищує 30-50%. Проблема ГКІ не втрачає своєї актуальності протягом тривалого часу, що пояснюється низкою факторів, як-от широкий спектр можливих збудників захворювання при недостатньому рівні їх верифікації, велика розповсюдженість патології (за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щороку у світі на гостру діарею страждають близько 1-1,2 млрд осіб), високий ризик виникнення ускладнень, високий рівень летальності, особливо серед дітей (за даними ВООЗ, щороку від гострої діареї на тлі ГКІ помирає 525 тис. дітей віком до 5 років).

Навчальні цілі

Вивчити етіологію, епідеміологію, клінічну картину, ускладнення, діагностику, лікування, проведення протиепідемічних заходів у вогнищі Дизентерія. Кишкова колі-інфекція. Сальмонельоз. Поліомієліт.

Оволодіти фаховими та загальними компетентностями за допомогою впровадження в навчальний процес інтерактивних методів навчання.

7.4 Перевірка вхідного рівня знань.

Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:

- 7.4.1 Теоретичні питання до заняття
- 7.4.2 Навчальні ситуації
- 7.4.3 Тести

7.4.1 Теоретичні питання до заняття: Дати відповідь.

1. **Дизентерія (шигеліоз).** Характеристика захворювання. Етіологія. Класифікація збудників та їх властивості. Епідеміологія. Патогенез. Клінічна картина. Особливості перебігу в дітей раннього віку. Розвиток токсикозу та ексікозу. Ускладнення. Діагностика. Профілактика. Заходи в осередку інфекції. Терміни виписування з лікарні. Диспансерне спостереження за реконвалесцентами. Обстеження контактних хворих. Виявлення, ізоляція та лікування при безсимптомних формах. Остаточна дезінфекція. Медичне спостереження за осередком інфекції.
2. **Кишкова колі-інфекція (ешерихіоз).** Визначення поняття цієї групи гострих кишкових захворювань. Етіологія. Епідеміологія. Патогенез. Клінічна картина. Клінічні форми. Симптоматика. Розвиток токсикозу та ексікозу. Типи й ступені ексікозу. Розрахування добової кількості рідини для введення дитині та визначення її якісного складу залежно від типу і ступеня ексікозу. Ускладнення. Прогноз. Діагностика (бактеріологічний метод, копрологічний; застосування люмінесцентної сироватки для експрес-діагностики). Комплексне лікування з урахуванням тяжкості, фази хвороби, фонових і супутніх захворювань, віку хворого. Профілактика. Терміни виписування реконвалесцентів. Ізоляція, бактеріологічне дослідження дітей з дисфункцією кишок.
3. **Сальмонельоз.** Характеристика захворювання. Етіологія. Епідеміологія. Патогенез. Клінічна картина. Ускладнення. Діагностика. Комплексне лікування. Профілактика. Санітарно-епідеміологічні заходи. Профілактика харчового сальмонельозу. Терміни виписування реконвалесцентів. Обстеження дітей перед оформленням їх у дитячі дошкільні заклади.
4. **Поліомієліт.** Характеристика захворювання. Етіологія. Епідеміологія. Патогенез. Клінічна картина. Ускладнення. Діагностика. Комплексне лікування. Профілактика. Санітарно-епідеміологічні заходи. Специфічна профілактика поліомієліту.
5. Роль фельдшерів у проведенні профілактики гострих кишкових інфекцій.

7.4.2 Навчальні ситуації

Задача 1

Дитина 3-х років захворіла гостро з підвищення температури до 38⁰С. Температура трималась на цьому рівні 3 дні, потім приєдналися нездужання, слизові виділення з носу,

біль під час ковтання, відсутність руху у лівій нозі. Дитина була госпіталізована на 7 день хвороби.

Об'єктивно відмічено зниження тонусу і сили м'язів лівої гомілки, сухожильних рефлексів зліва, при ходьбі тягне ліву ногу. В зіві катаральні явища, на слизовій оболонці м'якого піднебіння, язичка везикули розміром 2х3 мм. На верхівці серця вислуховується систолічний шум

Завдання

1 Про які захворювання слід думати?

2 Які додаткові відомості повинні Вас цікавити?

3 Які лабораторні дослідження слід провести для вирішення питання діагнозу?

Задача 2

Дитина 7 міс., на штучному вигодовуванні, захворіла гостро 6 днів тому назад.

Підвищилась температура тіла до 38,3⁰С, з'явилося блювання. Об'єктивно: спостерігається млявість, западання великого тім'ячка, риси обличчя загострені, дефіцит маси тіла біля 10%, живіт здутий, випорожнення водянисті, у великій кількості до 15 разів на добу, жовтогарячого кольору з домішками невеликої кількості прозорого слизу, без домішок крові.

Мама дитини тиждень тому мала диспепсичні розлади.

Завдання

1 Яке захворювання найбільш ймовірно у даному випадку?

2 Які додаткові обстеження потрібно провести для уточнення етіології захворювання?

3 Перерахуйте основні напрямки в лікуванні дитини.

Задача 3

Фельдшер ФАПу оглядає дитину 11 років зі скаргами на підвищення температури тіла до 39 ° С, біль в надчеревній ділянці, нудоту, блювання, часті пінисті випорожнення, смердючі, кольору «болотної тини», до 10 разів на добу.

Об'єктивно: загальний стан дитини середньої тяжкості. Шкіра бліда Тони серця ослаблені. Живіт піддутий. Печінка виступає на 3 см, селезінка - на 1,5 см.

Завдання

1. Поставте попередній діагноз та обґрунтуйте його.

2. Визначте етіологію, епідеміологію цього захворювання.

3. Складіть план лікування даного захворювання

Задача 4

Дитині 6 місяців. Госпіталізована в інфекційне відділення. Скарги: випорожнення рідкі-15 разів на добу, блювання - 3 рази на добу. Шкіра, слизові оболонки сухі, бліді. Знижений тургор, еластичність шкіри, тім'ячко запале. У випорожненнях слиз, прожилки крові, втрата маси тіла 500 г.

1. Поставте попередній діагноз та обґрунтуйте його.

2. Визначте етіологію, епідеміологію цього захворювання.

3. Складіть план лікування даного захворювання

А. Ваш попередній діагноз:

- а) ешерихіоз.
- б) харчова токсикоінфекція,
- в) сальмонельоз,
- г) ротавірусна інфекція,
- д) дизентерія

Б. Які ускладнення виникають при даному захворюванні:

- а) кишкова кровотеча,
- б) токсикоз с ексікозом
- в) інфекційно-токсичний шок,
- г) набряк головного мозку,
- д) гіповолемічний шок.

В. Які лабораторні дослідження використовують при даному захворюванні:

- а) клінічний аналіз крові,
- б) печінкові проби,
- в) бактеріологічне дослідження калу,
- г) бактеріологічне дослідження крові,
- д) копрологічне дослідження,

С. Які розчини використовують для оральної регідраційної терапії при даній патології:

- а) регідрон,
- б) рефортан, реосорбілакт,
- в) 0,9% розчин NaCl,
- г) ацесоль, трисоль,
- д) 5% розчин глюкози,

7.4.3 Тести

1

У дитини 5-ти років температура тіла - 38,2°C, періодичний біль у животі, випорожнення з домішками слизу і крові, тенезми. Живіт болючий при пальпації, сигмо-подібна кишка спазмована, болюча. Який попередній діагноз?

- А. Дизентерія
- В. Сальмонельоз
- С. Колі-ентерит
- Д. Ешерихіоз
- Е. Стафілококовий ентероколіт

2

Виклик фельдшера до дитини 8-ми років. Скарги на нудоту, блювання, біль в епігастральній ділянці. Блювотні маси містять частково перетравлену їжу. Дані симптоми з'явилися через 2 години після вживання великої кількості м'ясного са-лату з майонезом. Які першочергові дії фельдшера?

- А. Промити шлунок і госпіталізувати
- В. Залишити хворого дома
- С. Дати протиблювотні ліки
- Д. Назначити дієту і залишити дома
- Е. Обмежити їжу і пиття

3

До фельдшера ФАПу звернулася мати з дитиною віком 5-ти років з такими скаргами: останнім часом у дитини спостерігається зниження апетиту, поява випорожнень зеленуватого кольору з неприємним запахом, іноді закрепи. Які препарати слід призначити з метою відновлення мікрофлори кишківника?

- A.** Сорбенти
- B.** Антибіотики
- C.** Вітаміни
- D.** Антигістаміни
- E.** Пробіотики

4

У дитини 4-х років з'явилися лихоманка до 39°C, пронос, повторне блювання, головний біль, сонливість, анорексія. Кількість дефекацій 15 разів на добу, випорожнення зі слизом, прожилками крові. Виражені тенезми і біль у животі, сигмовидна кишка пальпується у вигляді тонкого тяжа. Яке захворювання можна припустити?

- A.** Сальмонельоз
- B.** Дизентерія
- C.** Холера
- D.** Ешерихіоз
- E.** Токсична диспепсія

5

В ізоляторі оздоровчого табору знаходиться дитина 10 років з діагнозом “Кишкова інфекція”. Яке обстеження треба провести протягом 72-х годин від встановлення цього діагнозу?

- A.** Аналіз калу на яйця гельмінтів
- B.** Бактеріологічне дослідження калу
- C.** Зіскоб на ентеробіоз
- D.** Колоноскопія
- E.** Копрограма

6

Дитина 3 років захворіла декілька годин тому. З'явилися загальна слабкість, підвищення температури тіла до 38,2°C, біль у надчревіній ділянці, нудота, блювання. Випорожнення надмірні, пінисті, містять велику кількість слизу, зелені. Яку з проблем слід очікувати протягом перших 3-ох діб:

- A.** Анемія
- B.** Інфекційно-токсичний шок
- C.** Порушення функції підшлункової залози
- D.** Токсикоз з ексикозом
- E.** Гостра ниркова недостатність

7

Вас, фельдшера швидкої допомоги. Викликали до дівчинки 5 років з харчовим отруєнням грибами. Скарги на головний біль, нудоту, блювання, біль у животі. Об'єктивно: шкіра і видимі слизові оболонки бліді, тони серця приглушені, $t^{\circ} - 39^{\circ}\text{C}$. Живіт м'який, болючий в епігастральній ділянці. Які дії фельдшера мають бути першочерговими при наданні невідкладної допомоги?

- A.** Промити шлунок, дати активоване вугілля, госпіталізація
- B.** Дати тепле пиття, на живіт покласти грілку
- C.** Ввести спазмолітики, поставити очисну клізму
- D.** Ввести знеболювальні засоби
- E.** Ввести жарознижувальні засоби

8

Дитина 1-го року життя перебуває в інфекційному відділенні на лікуванні з приводу колі-інфекції. Які випорожнення характерні для даного захворювання?

- A** Водянисті оранжевого кольору
- B** Пінисті темно-зеленого кольору
- C** У вигляді „січеного яйця”
- D** Кров’янисто-слизові
- E** У вигляді рисового відвару

9

Виклик фельдшера до дитини 3 років, встановлено попередній діагноз: харчова токсикоінфекція. Які дії фельдшера на догоспітальному етапі?

- A** Промивання шлунка і кишок
- B** Напоїти гарячим чаєм
- C** Розпочати дезінтоксикаційну терапію
- D** Поставити сифонну клізму
- E** Призначити послаблювальні препарати

10

Дитина 3 років перебуває на лікуванні в інфекційному відділенні з приводу дизентерії. Яку найбільш типову ознаку виявить медсестра при обстеженні хворого?

- A** Нудоту
- B** Блідість шкіри
- C** Сухість слизових оболонок
- D** Відсутність апетиту
- E** Тенезми

11

Визначте ферментативні препарати, які використовують у разі розладів травлення

- A** Карсіл
- B** Ретаболіл
- C** Пиридоксин
- D** Ретинол
- E** Панкреатин

8. Основний етап: (тривалість 90 хвилин)

8.1 Проведення професійного тренінгу.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття:

- **8.1.1** Структурно-логічна схема змісту теми
- **8.1.2** Алгоритми для формування професійних вмінь і навичок
- **8.1.3** Практичні завдання (типові, нетипові, непрогнозовані ситуації)

8.1.1 Зміст теми

Поліомієліт

ПЛАН

1. Епідеміологія
2. Клініка
3. Діагностика
4. Диференціальний діагноз
5. Лікування
6. Профілактика та заходи в осередку

Поліомієліт - *гостра інфекційна хвороба, яка належить до групи кишкових інфекцій, викликається 3-а серологічними типами РНК-вірусів з підгрупи ентеровірусів (групи пікорнавірусів) і характеризується загально-інфекційним токсичним синдромом та ураженням сірої речовини спинного мозку з розвитком м'явих паралічів.*

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хвора людина та вірусоносії. Особливу небезпеку складають особи з легкими і стертими формами хвороби. Вірус виділяється в зовнішнє середовище з носоглотковим слизом протягом 1-2 тиж, з випорожненнями - 1-1,5 міс. Найбільша заразливість хворого припадає на останні 3-5 днів інкубаційного періоду та перший тиждень хвороби. **Механізм передачі** фекально-оральний, але можливий і повітряно-крапельний. Основними факторами передачі є харчові продукти і вода, рідше - повітря і побутові речі. **Вхідними воротами інфекції** є слизова оболонка носоглотки і кишечника.

Хворіють здебільшого діти до 10 років. Характерною є літньо-осіння сезонність. Спорадичні випадки захворювання спостерігаються протягом року. Імунітет стійкий, типоспецифічний.

Клініка. *Інкубаційний період* коливається від 3 до 30 днів.

Залежно від того, в якій стадії настає выздоровлення, розрізняють інапарантну, абортівну («мала хвороба»), менінгеальну (непаралітичну) і **паралітичну форми поліомієліту.**

В клінічній картині останньої виділяють **продромальний, препаралітичний, паралітичний і відновний періоди.**

Абортівна форма характеризується гострим початком з гіпертермією, катаральними явищами носоглотки, кашлем, нежитом. Спостерігаються шлунково-кишкові розлади: біль в животі, блювота, рідкий стілець або запори. Перебіг абортівної форми сприятливий, з швидким выздоровленням протягом тижня. Діагностувати цей варіант можна при наявності епідеміологічних даних.

Менінгеальна форма розвивається гостро. Після короточасного продромального періоду з'являються менінгеальні симптоми Керніга, Брудзинського, ригідність м'язів потилиці, біль голови, повторна блювота, загальна гіперестезія, часто болі в ногах і в спині.

Менінгорадикулярний варіант характеризується появою радикулярних симптомів Нері, Ласега, Мацкевича та інш. При люмбальній пункції спостерігається підвищення тиску спинномозкової рідини. Ліквор прозорий, світлий, з клітинно-білковою дисоціацією, лімфоцитарним або змішаним плеоцитозом, підвищенням вмісту цукру. Перебіг менінгеальної форми доброякісний. Видужання і повна санація ліквору настають до

кінця 2-4-го тижня від початку хвороби.

Паралітична форма поліомієліту є найважчою. Розвитку паралічів передують продромальний і препаралітичний (менінгеальний) періоди. Протягом перших 1 - 3-х днів спостерігається нездужання: підвищення температури тіла, біль голови, нежить, фарингіт, запор або пронос. Згодом, після 2-4-х днів апірексії, з'являється друга гарячкова хвиля з різким погіршенням загального стану. Температура тіла підвищується до 39-40 °С, з'являється біль голови, блювота, сонливість, адинамія, пітливість, біль в спині, кінцівках, тонічні та клонічні корчі, інколи потьмарення свідомості. Менінгеальні симптоми виражені незначно, гіперестезія, гіпергідроз, спостерігається болючість по ходу периферичних нервів.

Паралічі виникають раптово на 5-10-й день хвороби. Характер їх периферичний або м'який, із зниженням тону та атрофією м'язів, зниженням або відсутністю активних рухів, сухожильних рефлексів. Частіше пошкоджуються нижні кінцівки. Може наступити параліч м'язів тулуба і шиї. Інколи є паралічі по висхідному типу, вони можуть призвести до порушення ковтання, дихання. З кінця першого місяця розвивається атрофія м'язів, яка прогресує і супроводжується вегетативними розладами (пошкоджені кінцівки холодні та синюшні). Можливі розлади тазових органів. Чутливість не порушена.

Залежно від локалізації пошкодження (в передніх рогах спинного мозку, в рухових ядрах стовбура, в корі великих півкуль, підкоркових гангліях або мозочку) розрізняють спінальну, понтинну, бульбарну та енцефалітну форми. Найважчі ураження - параліч дихальних м'язів і діафрагми, що закінчується смертю.

Відновний період при **паралітичній (спінальній)** формі триває довго, розпочинаючись з легко уражених м'язів. Функція глибоко уражених м'язів повністю не відновлюється.

Легкі парези зникають протягом півроку, важкі - до 1 -1,5 року. Парези і паралічі, що не виявляють тенденції до відновлення, розглядаються як залишкові явища, можливі контрактури, деформація кінцівок і тулуба.

Найчастіші **ускладнення** поліомієліту: пневмонія, ателектаз легень, міокардит, шлунково-кишкові розлади з виразками і кровотечею, непрохідністю кишечника

Діагностика поліомієліту базується на даних епідеміологічного анамнезу і клінічного обстеження. Слід враховувати розвиток асиметричних м'яких парезів і паралічів після гострого захворювання із гарячкою, менінго-радикулярний синдром з лімфоцитарним плеоцитозом, відсутність розладів чутливості. Діагноз підтверджується результатами вірусологічного і серологічного досліджень.

Матеріалом для вірусологічного дослідження є кров, спинномозкова рідина, фекалії, змиви з носоглотки, взяті на першому тижні хвороби. *Вірус* культивують на клітинах із нирок мавп або ембріона та амніона людини.

Серологічна діагностика ґрунтується на виявленні зростання титру антитіл в РН (рідше РГГА) не менше як в 4 рази - в парних сироватках, які взяті на початку хвороби і через 4-5 тиж. Слід враховувати, що імунізація проти поліомієліту також викликає збільшення титру віруснейтралізуючих антитіл. Картина крові мінлива. Можуть спостерігатись лейкоцитоз з лімфоцитозом, прискоренням ШОЕ або лише лейкопенія.

Диференціальний діагноз поліомієліту є складним в препаралітичному періоді хвороби. В цей період можна думати про грип та інші ГРВІ. Для поліомієліту, на відміну від грипу, важливою є оцінка як загальноінфекційних, так і неврологічних симптомів: двогорба температурна крива, сонливість, виражена гіперестезія, вегетативні порушення. Враховують епідеміологічну ситуацію.

Інколи першим симптомом поліомієліту є біль в животі і блювота, внаслідок чого помилково діагностують гострий апендицит. Треба враховувати при апендициті

розходження між температурою і пульсом, локалізацію болю в правій здухвинній ділянці, позитивні симптоми подразнення очеревини.

При появі ознак подразнення мозкових оболонок поліомієліт необхідно диференціювати з гнійним менінгітом. Однак при гнійному менінгіті перебіг хвороби важчий, більш виражені менінгеальні симптоми, в аналізі крові нейтрофільний гіперлейкоцитоз. Менінгеальна форма поліомієліту відрізняється від серозних менінгітів іншої етіології частим виникненням больового синдрому з позитивними симптомами натягу нервових стовбурів і корінців. При серозному менінгіті, викликаному ентеровірусами, часто виникають висипання на шкірі та слизовій оболонці зіву. Для туберкульозного менінгіту характерний поступовий початок, рано приєднуються психотичні та базальні симптоми.

Спінальні форми поліомієліту необхідно диференціювати з полірадикулоневритом, але останній часто розпочинається без гарячки, має рецидивний перебіг, парези з'являються пізно, переважно симетрично і в дистальних відділах. При поліомієліті уражені в першу чергу м'язи проксимальних відділів кінцівок, пошкодження односторонні.

При **ботулізмі** також зустрічаються стовбурові розлади, однак необхідно враховувати епіанамнез і початкові ознаки хвороби (вживання консервованих продуктів домашнього приготування, нудота, блювота, відчуття важкості в епігастрії, здуття живота).

При дифтерійному полірадикулоневриті в хворих в анамнезі частіше є вказівка на недавно перенесену ангіну.

Лікування. Хворих на поліомієліт обов'язково госпіталізують. Специфічних засобів лікування немає. В **гострому періоді хвороби** необхідно забезпечити повний фізичний спокій, що сприяє попередженню паралічів. Доцільно призначити *донорський імуноглобулін (по 0,3-0,5 мл/кг маси тіла), десенсибілізуючі препарати, вітаміни С і групи В.* Для зменшення болю призначають *аналгін, баралгін, місцево - тепло.* Хворим з поширеними **бульбо-спінальними і енцефалітними формами** показані *дегідратаційна, дезінтоксикаційна терапія*, при розладах дихання - *кисень*, переведення на *апаратне дихання*. Показані *теплові процедури (парафін, озокерит, солюкс, обгортання та інші).*

У **відновний період** рекомендують *АТФ, глютамінову кислоту, дібазол, прозерин, аміналон, галантамін*, пізніше - *алоє та інші біогенні стимулятори, УВЧ, діатермію, електростимуляцію, масаж.* Застосовують *анаболічні стероїди (неробол, ретаболіл).* Виписка реконвалесцентів проводиться після зникнення гострих явищ, але не раніше 40-го дня від початку хвороби, з додатковою ізоляцією в домашніх умовах протягом 12 днів для дітей, які відвідують дитячі колективи. Через 3-6 міс дітей з залишковими явищами направляють у санаторій.

Реконвалесcentи підлягають диспансерному спостереженню у невропатолога. Головна мета - максимальне використання всіх засобів і методів для найбільш повного усунення наслідків.

Особи із залишковими млявими парезами після поліомієліту потребують етапного лікування (стаціонар - спеціалізований санаторій, бальнеологічні курорти - амбулаторне лікування, а при показаннях - ортопедичне і хірургічне втручання).

Виділено 3 групи дітей, які перехворіли інфекційним захворюванням нервової системи. До першої групи віднесені діти з проявами церебрастенії, неврозоподібними порушеннями та ті, котрі перенесли нейроінфекцію без помітних залишкових змін.

Другу групу складають хворі з органічним ураженням нервової системи: епілептичний синдром, синдром ліквородинамічних порушень, гіпертензійно-гідроцефальний синдром. Перший огляд невропатологом поліклініки дітей обох груп проводиться через місяць після виписки із стаціонару. Протягом першого року огляди відбуваються через 3 міс, на другому році - 1 раз в 6 міс. Зняття з обліку можливе через 2 роки при нормалізації стану дитини.

До третьої групи належать діти з прогредієнтними формами захворювання або з рецидивуючим його перебігом. Активне спостереження в поліклініці за ними протягом першого року проводять щомісячно, а потім - 1 раз у 3 міс.

Профілактика та заходи в осередку. Головним способом попередження поліомієліту є масова імунізація живою вакциною всіх дітей, починаючи з трьохмісячного віку, з періодичною плановою ревакцинацією (див. додаток 6). Активна профілактика досить ефективна при охопленні щепленням не менше 90-95 % дітей декретованого віку; якщо відсоток охоплення менше 90, треба негайно дощепити всіх дітей відповідного віку, якщо 80 % і менше - доцільно провести одномоментну масову вакцинацію всіх дітей від 3 міс до 7 років.

На кожний випадок захворювання подається термінове повідомлення в санепідстанцію. Хворих на гострий поліомієліт ізолюють не менше, ніж на 3 тижні. За контактними дітьми спостерігають 21 день. На групу накладається карантин, проводиться щоденний медичний огляд з термометрією. При домашньому контакті дитина не відвідує дошкільний заклад 14 днів з дня відокремлення. При виникненні випадків поліомієліту контактним дітям проводять одноразову імунізацію незалежно від терміну і повноти наявних щеплень.

Дезінфекцію в осередку проводять 2-3 % розчином хлораміну або хлорного вапна, 1,5 % розчином гіпохлориту кальцію.

Дизентерія

Дизентерія (шигельоз) – *гостра інфекційна хвороба, що спричиняється бактеріями роду шигел, і характеризується ураженням слизової оболонки дистального відділу товстої кишки, загальною інтоксикацією.*

Збудник – шигели – грамнегативні палички, аероби, розрізняють 4 види:

Григор'єва-Шігі, Штуцера-Шмітца, Ларджа-Сакса, Флекснера, Зонне

Резистентність бактерій висока – зберігаються в молоці та воді 3-10 діб, готових харчових

продуктах 5-6 діб, вологому ґрунті – близько 40 днів, заморожених продуктах та льоду – близько 6 міс. Під час кип'ятіння шигели гинуть – відразу.

Джерело інфекції – хворі та бактеріоносії.

Механізм передачі – фекально-оральний.

Шляхи передачі – харчовий, водяний, контактнo-побутовий, характерна наявність "харчового ланцюга".

Вхідні ворота – слизові оболонки шлунково-кишкового тракту

Після перенесеного шигельозу формується нестійкий антибактеріальний імунітет, який зберігається 6-12 міс.

Клінічна картина

У дітей старшого віку

1. Гострий початок захворювання з підвищення температури тіла до 38-40⁰С. Нудота,

блювання, зниження апетиту, млявість, головний біль, іноді нейротоксикоз.

2. Біль у животі переймоподібного характеру.

3. Ущільнена та болюча сигмовидна кишка.

4. Випорожнення часте та рідке не обільне з домішкою слизу, зелені, крові, іноді гною, через день-два у вигляді «ректального» плевка.

5. Податливість та зіяння відхідника.

У дітей раннього віку

1. Починається гостро з токсикозу: температура тіла 38-40°C, ураження нервової і серцево-судинної системи.

2. У 20% відмічається нейротоксикоз з порушенням свідомості, судомами, розладами мікроциркуляції, гемокоагуляційного потенціалу крові.

3. Порушення функцій шлунково-кишкового тракту: випорожнення ентероколітичного характеру, іноді – диспепсичного, тенезми – рідко.

4. Випорожнення калові з патологічними домішками у вигляді прожилків крові, слизу, рідше кров'яних плевків.

5. Тривалий перебіг захворювання.

Класифікація клінічних форм дизентерії

Тип	Тяжкість	Перебіг
Типові форми	Легка	Гострий (до 1 міс)
Атипові:	Середньо тяжкості та тяжка	Затяжний (до 3 міс)
Стерта	А. З превалюванням токсичних симптомів В. З превалюванням місцевого процесу С. Змішані форми	Бактеріоносійство

Диспепсична

Субклінічна

Гіпертоксична

Показники тяжкості:

1. **Симптоми інтоксикації** (менінгоенцефалічний синдром, серцево-судинні порушення, синдром порушеного обміну)

2. **Місцеві симптоми** (характер і частота випорожнень, спонтанний біль у животі, випадіння слизової оболонки прямої кишки, зіяння відхідника)

Приклад клінічного діагнозу:

Дизентерія Зоне, типова середньотяжка форма, гострий перебіг.

Дизентерія клініко-епідеміологічно, типова тяжка форма, гострий перебіг.

Ешерихіози

Ешерихіози гострі захворювання травного тракту, переважно в дітей раннього віку, спричинені різними штамами патогенної кишкової палички.

Збудники ешерихіозу – грамнегативні патогенні мікроорганізми, спор не утворюють, за своїми властивостями поділяються на 4 групи:

- Ентеропатогенні ЕПЕ 30 сероварів:
- Ентероінвазивні ЕІЕ 13 сероварів
- Ентерогеморагічні ЕГЕ: O157, O159, O26, O113, O121, O126,
- Ентеротоксигенні ЕТЕ: 61 серовар

Джерело інфекції – хворі та бактеріоносії.

Механізм передачі – фекально-оральний.

Шляхи передачі – харчовий, водний, контактнo-побутовий. ЕПЕ – переважно харчовий і контактнo-побутовий, ЕІЕ – харчовий, водний, ЕТЕ – харчовий, водний, ЕГЕ – харчовий.

Вхідні ворота – травний тракт.

Після перенесеного ешерихіозу формується нестійкий імунітет, який триває декілька місяців.

Класифікація ешерихіозів

Тип	Тяжкість	Перебіг
Типові форми	Легка	Гострий (до 1 міс) Затяжний (понад 1 міс)
Атипові:	Середньо тяжкості	Рецидивуючий
Стерта	Тяжка	Гладкий
Субклінічна	а. З превалюванням нейротоксикозу	Негладкий (ускладнення: бронхопневмонії, отит, та ін.)
Дизентеріє-подібна кишкового токсикозу	б. З превалюванням кишкового токсикозу с. З превалюванням ексикозу	
Септична	Змішана	
Змішана		

Приклад клінічного діагнозу:

Ешерихіоз (O124), атипова дизентерієподібна форма середньої тяжкості, гладкого перебігу.

Сальмонельоз

Сальмонельоз – інфекційне захворювання людини і тварин, що спричиняється сальмонелами, передається в більшості випадків через харчові продукти, супроводжується ураженням травного тракту, рідше інших органів і систем.

Збудники – грамнегативні факультативні бактерії роду *Salmonella*. За складом Оантигену виділяються групи: А, В, С, D, E, F та ін. Домінуючі на сучасному етапі збудники сальмонельозу: *S.typhimurium*, *S.virchow*, *S.infantis*, *S.London*, *S.anatum*, *S.enteritidis*.

Резистентність – надзвичайно резистентні мікроорганізми: низьку температуру переносять добре, за кімнатної температури зберігаються до 80 днів, у випорожненнях хворих – до 4 років, у ґрунті, воді, харчових продуктах живуть довго і навіть розмножуються. Крім того, однією з властивостей сальмонел є швидке формування стійкості до нових антибіотиків.

Джерело інфекції – хвора людина та бактеріоносії, а також тварини, м'ясо яких використовують для виготовлення їжі.

Механізм передачі – фекально-оральний.

Шляхи передачі – аліментарний, водний, у дітей раннього віку – контактнопобутовий.

Фактори передачі – м'ясо птиці, свинина, яловичина не достатньо термічно оброблені, холодець, заливне; яйця (частіше водоплаваючих птиць) та продукти, виготовлені з них – креми білків, яєчня тощо.

Вхідні ворота – травний тракт.

Класифікація клінічних форм сальмонельоза

Тип	Тяжкість	Перебіг
Типові форми:	Легка	Гострий (до 1 міс)
а. Локалізовані	Середньої тяжкості	Затяжний (до 3 міс)
Шлунково-кишкові (гастрит, ентерит, гастроентерит,	Тяжка	Хронічний (довше ніж 3 міс): Гладке Негладке (ускладнення)

- гастроентероколіт,
ентероколіт, коліт)
- Бактеріоносійство
- b. Генералізовані
- Тифоподібна
- Септична

Атипові форми:

Стерта

Субклінічна

Приклад клінічного діагнозу::

Сальмонельоз (тифимуриум), типова шлунково-кишкова форма, середньої тяжкості, гострий гладкий перебіг.

ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТИПОВОЇ ФОРМИ:

1. Тривала гарячка, вперте блювання.
2. Обкладений язик, здутий живіт, болючість і бурчання у правій клубовій ділянці.
3. Ентеритний характер калу з домішками зеленого слизу та крові і різким смердючим запахом.
4. Гепатоспленомегалія

Особливості у дітей раннього віку

1. Поступове наростання симптомів.
2. Виражений токсикоз та ексикоз.
3. Частий гемоколіт, виражена гепатоспленомегалія.
4. Характерна септична форма захворювання.
5. Мікст-інфекції, ускладнення.

Профілактика та заходи в осередку. В епідемічному осередку, за яким спостерігають протягом 1 тиж, виявляють і знешкоджують джерело інфекції, проводять бактеріологічне дослідження харчових продуктів і осіб, котрі їх приготували і спожили.

Після госпіталізації хворого роблять заключну дезінфекцію, якщо ж він залишився вдома — поточну.

У країні здійснюється санітарний нагляд за харчовими підприємствами. Він передбачає систематичний контроль виготовлення, зберігання, транспортування і реалізації продуктів. Важливо досягти максимальної автоматизації і механізації технологічних процесів, не допустити стикання сирової і готової продукції на всіх етапах проходження, забезпечити якісну термічну обробку, використання холодильних камер для зберігання продуктів, які швидко псуються. Категорично заборонено надходження качиних і гусячих яєць у торгову мережу і використання їх на підприємствах громадського харчування. Ветеринарна служба має забезпечити суворий санітарний контроль забою худоби і птиці.

Використана література:

1. *Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики:* підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: ВСВ Медицина, 2018. — 592 с.
2. *Практичні навички в педіатрії:* навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: ВСВ Медицина, 2018. — 296 с.
3. • *Діагностика, терапія і профілактика інфекційних хвороб в умовах поліклініки* / За ред. М.А. Андрейчина. - 2-ге вид., переробл. і доповн. - Л.: вид-во "Медична газета України", 1996. - 352 с.

8.1.2 Алгоритми для формування професійних вмінь і навичок

- збирання випорожнень для копрологічного та бактеріологічного дослідження;
- оральна та парентеральна регідратація.

Збирання калу для лабораторного дослідження

Навчальна мета: уміти зібрати кал для копрологічного дослідження; для дослідження на яйця гельмінтів; для бактеріологічного дослідження; підготувати хворого й зібрати кал для дослідження на приховану кров.

Виховна мета: усвідомити значення правильної психологічної підготовки хворого до збирання калу на аналіз; діагностичне значення лабораторного дослідження калу.

Початковий обсяг знань: знати, що таке макроскопічне, мікроскопічне, бактеріологічне та хімічне дослідження калу.

Оснащення:

- 1) скляний чистий сухий посуд із широкою горловиною;
- 2) шпатель;
- 3) судно або нічний горщик;
- 4) стерильна пробірка з ректальною трубкою або стерильна пробірка з ватним тампоном на металевому стрижні;
- 5) гумові рукавички.

Діагностичне значення лабораторного дослідження калу. Таке дослідження дозволяє не лише дати характеристику функціональної здатності органів, але також є об'єктивним тестом для визначення захворювань травного тракту.

Поняття про макроскопічне дослідження калу. Макроскопічне при копрологічному дослідженні калу визначають: колір, щільність, форму, запах, домішки (слиз, гній, кров, кишкові паразити тощо).

Поняття про мікроскопічне дослідження калу. При такому дослідженні виявляють м'язові волокна, рослинну клітковину, жирні кислоти, мило, лейкоцити, еритроцити, кишковий епітелій, слиз, яйця гельмінтів.

Поняття про бактеріологічне дослідження калу. Таке дослідження відіграє важливу роль у визначенні збудників кишкових інфекційних захворювань. Досліджуваний матеріал за можливості збирають в асептичних умовах у стерильний посуд і швидко доставляють до лабораторії, тому що тривале зберігання матеріалу призводить до загибелі бактерій і знижує вірогідність їх виявлення.

Поняття про хімічне дослідження калу. У разі підозри на кровотечу в травному тракті проводять дослідження на приховану кров. На мазок калу, нанесений на предметне скло, капають хімічний реактив. Якщо реакція позитивна, мазок синіє. Залежно від часу реакцію оцінюють: ++++ — різкопозитивна, +++ — позитивна, ++ або + — слабопозитивна.

Алгоритм виконання практичної навички
Техніка забору випорожнень для копрологічного дослідження

Послідовність	Зміст	Примітки
Показання	Діагностика захворювань травної системи, профілактичне обстеження дитини.	
Місце виконання	Дитяча лікарня, домашні умови.	
Підготуй необхідне	Чистий горщик, дерев'яна або скляна паличка, контейнер (скляний або пластмасовий), чисті гумові рукавички, дезинфікуючий розчин.	
Алгоритм виконання	1.Вимий руки, надягни гумові рукавички. 2.Випорожнення збери у чистий горщик. 3.З горщика в декількох різних місцях візьми дерев'яною або скляною паличкою калові маси (5-10 г), помісти у контейнер, який закрий кришкою. 4.Напиши направлення. 5.Склянку з матеріалом для копрологічного дослідження та направлення відправ до клінічної лабораторії. 6.Проведи дезинфекцію горщика, рукавичок.	
Заповни медичну документацію	Зроби відмітку про проведення копрологічного дослідження в листку призначень та в журналі реєстрації копрологічних досліджень.	

Копрологічне дослідження випорожнень здорової дитини 2 міс (приклад)

Макроскопічне дослідження:

Форма- кашкоподібна.

Консистенція- м'яка.

Колір- жовто-коричневий.

Запах- кислий.

Слиз- відсутня.

Реакція на кров- негативна.

Сполучна тканина- відсутня.

М'язові волокна- відсутні.

Нейтральний жир- відсутній.

Жирні кислоти- відсутні.

Миля- відсутні.

Неперетравлена клітковина- відсутня.

Лейкоцити- 2-3 в полі зору.

Еритроцити- 1-2 в полі зору.

Епітелій- 2-4 в полі зору.

Яйця глистів та найпростіших- не виявлено.

Направлення до клінічної лабораторії

Випорожнень на копрологічне дослідження

П.і. дитини _____

Вік _____

Діагноз _____

Відділення або адреса _____

Підпис _____ Дата _____

Алгоритм виконання практичної навички Збирання калу для бактеріологічного дослідження

1. Напиши відповідну етикетку і закріпи її з зовнішньої сторони пробірки і на чашку Петрі з поживним середовищем.
2. Дитину поклади на спину, на пелюшку та церату, підніми ніжки.
3. Лівою рукою розведи сідниці дитини, а правою обережно обертальними рухами введи у задній прохід на 3-4 см стерильну металеву петлю, намагаючись при цьому зняти зі стінки кишки шматочок калу.
4. Зроби посів на чашку Петрі.
5. Не торкаючись зовнішніх стінок, опусти петлю у пробірку і зразу відправ у баклабораторію.

6. Напиши направлення.

Зразок направлення в бактеріологічну лабораторію

Бактеріологічне дослідження на кишкову групу

П.І. дитини _____

Вік _____

Домашня адреса _____

Дитячий заклад, який відвідує дитина _____

Діагноз _____

Дата захворювання _____

Час та дата взяття матеріалу _____

Підпис _____ ПІБ медпрацівника _____

**«Алгоритм виконання практичної навички
Проведення оральної регідrataції»**

Послідовність	Зміст	Примітка
Показання	Гастроентероколіт (диспепсія), гастрит, гастро-дуоденіт, кишкові інфекції	Проведення оральної регідrataції є обов'язковим методом лікуван-ня, які супроводжуються втратою рідини у вигляді блювання та проносу. Це найфізіологічніший метод поповнення ріди-ни в організмі
Місце виконання	Домашні умови дитяча лікарня	
Підготувати необхідне	Склянки з рідиною, ложечка, серветки.	
Алгоритм виконання	Вимийте руки. Приготуйте розчини для проведення ораль-ної регідrataції: переварену воду, чай, від-варити рису, сухофруктів, шипшини, моркви, родзинок, 5% розчин глюкози,, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчини «Регідрон» «Ораліт», «Секта». Для приготування розчину «Регідрон» один дозований порошок розведіть в 1 л перевареної води. Розчини використовуйте протягом доби. Оральну регідrataцію дитині призначте на 6 -12 – 18 – 24 год залежно від стану дитини. Кількість рідини, яка потрібна дитині: без явищ ексікозу – 100мл/кг на добу;	При <i>I ступені ексікозу</i> втрата маси тіла становить до 5%; <i>II ступінь</i> – до 8%; <i>III ступінь</i> - більше ніж 8%. При тяжкому стані дитини, наявності ознак ексікозу II-III ступеня 50% розрахованої рідини вводять внутріш-ньовенно краплинно. За наявності метеоризму можна використовувати чай «План текс». Дозоване годування перебає призначення грудного молока або кисломолочних сумішей по 10-15мл кожні 2 години. На 2 добу признача-йте 1/3 об'єму їжі, яку дити-на отримувала за віком. На

	<i>I ступінь ексикозу –</i> 120-150мл/кг на добу; <i>II ступінь ексикозу -</i> 150-170мл/кг на добу; <i>III ступінь ексикозу –</i> 170-200мл/кг на добу. Годування дитини відмініть на період проведення оральної регідrataції. Вимийте руки приготуйте розраховану кількість розчину для регідrataції, дайте дитині рідину малими порціями по 10-15мл кожні 10-15 хвилин. Після закінчення оральної регідrataції дитину годуйте дозовано	3-тю 2/3 об'єму їжі, на 4-ту годування в повному об'ємі
Заповнити медичну документацію	Про кількість випитої рідини зробіть відмітку в листі призначень.	

Терапія гострих кишкових інфекцій (ГКІ) у дітей складається з:

регідrataційної,

антибактерійної,

допоміжної (ентеросорбенти, пробіотики) та

дієтотерапії.

Розрахунок потреби в рідині дитини на кожну годину інфузійної терапії є більш фізіологічним порівняно з добовим визначенням, оскільки створює умови для зменшення числа ускладнень під час інфузійної терапії.

Розрахунок фізіологічної потреби в рідині

Новонароджені

1-й день життя – 2 мл/кг/год

2-й день життя – 3 мл/кг/год

3-й день життя – 4 мл/кг/год

Діти

Масою до 10 кг – 4 мл/кг/год

Масою 10-20 кг – 40 мл/год + 2 мл на кожний кг маси тіла понад 10 кг

Масою > 20 кг – 60 мл/год + 1 мл на кожний кг маси тіла понад 20 кг

8.1.3 Практичні завдання

Завдання №1 Заповнити таблицю

Захворювання	Поліомієліт	Дизентерія.	Кишкова колі-інфекція.	Сальмонельоз
Ознаки				
Визначення				
Збудник				
Епідеміологія				
Клініка				
Характеристика випорожнень				
Діагностика				
Лікування				

Завдання №2 Заповнити таблицю «Терапія гострих кишкових інфекцій (ГКІ) у дітей»

Лікарські препарати	Гострі кишкові інфекції
	Лікарські препарати
Види лікування	
регідраційної,	
антибактерійної,	
ентеросорбенти,	
пробіотики	

Завдання №3

Задача №1

Хворий 16 років. Занедужав гостро. Відзначалися підвищення температури до 38 0С, головний біль, нежить, рідкі випорожнення. На третій день хвороби температура знизилася до нормальних цифр. З 6-ї доби хвороби стан різко погіршився: температура підвищилася до 390С, відзначалися головний біль, блювота, біль у спині й кінцівках, на восьмий день хвороби з'явилися мляві паралічі в нижніх кінцівках.

При огляді виявлене зниження тонусу й атрофія м'язів нижніх кінцівок, відсутні сухожильні рефлексивні й активні рухи в кінцівках.

А. Який діагноз найбільш імовірний:

- а) сальмонельозний сепсис,*
- б) ентеровірусний менінгіт,*
- в) поліомієліт,*
- г) ротавірусна інфекція,*
- д) кампілобактеріоз.*

Б. Які симптоми найбільш характерні при цьому захворюванні:

- а) головний біль,*
- б) температура постійного характеру,*
- в) двухвильова температура,*
- г) зниження або відсутність сухожильних рефлексів,*
- д) розвиток паралічів.*

В. Які методи лабораторної діагностики застосовують при цьому захворюванні:

- а) бактеріологічний,*
- б) вірусологічний,*
- в) паразитологічний,*
- г) серологічний (РНГА),*
- д) імунобіологічний*

С. Які препарати застосовують при лікуванні:

- а) рібавірін,*
- б) донорський імуноглобулін,*
- в) котримаксазол,*
- г) цефтріаксон,*
- д) фізіотерапія*

9.1.3 Навчальні завдання для самостійної роботи

САМОСТІЙНА РОБОТА

1. Ротавірусна інфекція.

9.1.4 Оцінювання

- ☐ Оцінка правильності виконання практичних навичок.
- ☐ Перевірка викладачем якості виконання тестів, практичних завдань