

Тема 9/2 Паротитна інфекція. Вірусний гепатит. Поліомієліт. Вакцинація.

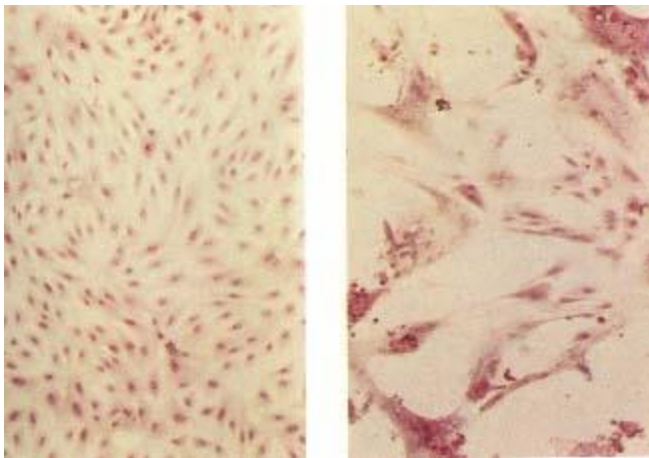
ПАРОТИТНА ИНФЕКЦИЯ

Паротитна інфекція є контагіозною інфекцією, сприйнятливість становить близько 70%. У дітей раннього віку, а також у ослаблених, які тривалий час приймали гормональні препарати паротитна інфекція має тяжкий перебіг. Після перенесення хвороби можуть розвинутись глухота, епілепсія, безпліддя, цукровий діабет. Лікар будь-якого профілю повинен встановити діагноз, вжити заходів до вчасної ізоляції хворого, дати термінове повідомлення до СЕС.

Паротитна інфекція – гостре вірусне захворювання, що викликається вірусом із родини параміксовірусів, передається повітряно-краплинним шляхом, характеризується переважним ураженням слинних залоз, рідше – інших залозистих органів (підшлункова залоза, яєчка, яєчники, грудні залози та ін.), а також нервової системи.

Етіологія: збудник – РНК вірус з родини параміксовірусів

Вірус епідемічного паротиту. Під електронним мікроскопом віріони мають вигляд частинок неправильної куполоподібної форми діаметром 150-170 нм., які містять однотинкову РНК. На відміну від парагрипозних вірусів, збудник паротиту добре культивується в курячих ембріонах, а також у культурах клітин ниркового епітелію ембріона людини (рис. 18.6), клітинах HeLA.



Культура клітин нирок неуражена (зліва) та уражена (справа) вірусами епідемічного паротиту.
(фото з компакт-диска «Мікробіологія. Вірусологія. Імунологія», розділ «Кокова група бактерій. І.О.Ситник»)

Віруси мають виражені гемаглютинуючі, нейрамінідазні й гемолітичні властивості. Вони нестійкий до дії фізичних і хімічних факторів, швидко інактивуються ефіром, трипсином, формаліном, ультрафіолетовими променями. Резистентні до висушування, не втрачають інфекційних властивостей при 4 °С протягом 2 міс., при кімнатній температурі - 4 днів. При 55 °С гинуть через 20 хв.

Епідеміологія:

- джерело – хворий явними, стертими, субклінічними формами інфекції, заразність до 9 днів з початку захворювання;
- шлях поширення – повітряно-крапельний;
- індекс контагіозності не перевищує 50%, частіше хворіють діти 3-6 років

- імунітет стійкий.

Вірус викликає епідемічний паротит (свинку) - гостре високозаразне захворювання, яке супроводжується збільшенням навколоушних слинних залоз, можливе ураження інших органів. Хворіють переважно діти. Джерело інфекції - хвора людина й вірусоносії, шлях передачі - повітряно-краплинний. Інкубаційний період коливається від 11 до 23 днів. Хвороба починається із нездужання, підвищення температури і швидкого збільшення привушних слинних залоз. Після перенесеної хвороби розвивається стійкий, напружений, часто довічний імунітет. При народженні діти отримують противірусні антитіла від матері, тому протягом шести місяців вони нечутливі до паротитного вірусу.

Патогенез:

1. Вхідні ворота – слизові рота, носогорла, ВДШ;
2. Первинна вірусемія;
3. Гематогенне занесення в залозисті органи (переважно слинні залози);
4. Репродукція в слинних залозах;
5. Виділення з слиною, повітряно-крапельне поширення;
6. Вторинна вірусемія;
7. Ураження ЦНС, інших залоз (підшлункова, яєчка, яєчники...);
8. Запуск імунної системи, видалення збудника.

Класифікація

Типові форми – залозиста (паротит, субмаксиліт, сублінгвіт, панкреатит, орхіт, оофорит, мастит, бартолініт, простатит, тиреоїдит);

- нервова (серозний менінгіт, менінгоенцефаліт);
- комбіновані (паротит+панкреатит+серозний менінгіт)

Атипові форми – стерта;
• субклінічна (безсимптомні)

За тяжкістю: – легкого ступеня;

- середньотяжкого ступеня;
- тяжкого ступеня

Перебіг: – гострий;

- залишковий астеничний, гіпертензійний с-м (може бути при енцефаліті)
- ускладнений;
- неускладнений

Показники тяжкості:

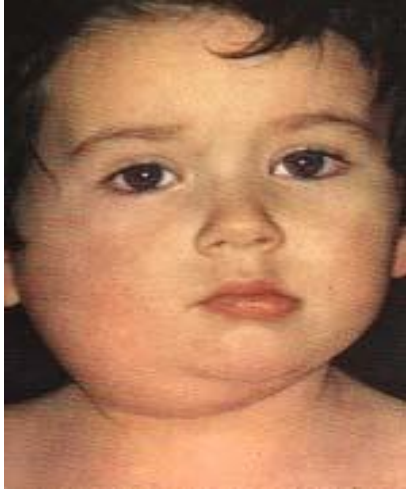
- ступінь вираженості ураження залоз (припухлість, болючість, набряк)
- ураження ЦНС — вираженість менінгеальних та менінгоенцефальних симптомів
- ступінь загальної інтоксикації (температура тіла, порушення загального стану)

Діагностичні критерії

Паротит

- Гострий початок з гарячки температура 38 - 39°C, інтоксикаційний синдром.
- Біль в ділянці ураженої залози при жуванні, розмові.
- Втягнення другої залози через 1 – 2 доби.
- Припухлість в ретромандибулярній ямці тістувата, болюча, шкіра напружена, звичайного кольору.
- Мочка вуха відстовбурчена.

- Позитивна ознака Мірсу (гіперемія слизової ротової порожнини в місці вивідної протоки слинної залози).



Збільшення привушної залози у дитини, хворої на паротитину інфекцію (фото з компакт-диска «Мікробіологія. Вірусологія. Імунологія», розділ «Кокова група бактерій. І.О.Ситник»)

Субмаксиліт

- Гострий початок з гарячки (температура 38 - 39°C), інтоксикаційний синдром.
- Біль в ділянці ураженої залози.
- Припухлість в підщелепній ділянці.
- Гіперемія слизової ротової порожнини в місці вивідної протоки слинної залози.
- Часто поєднується з ураженням привушних залоз.

Орхіт

- Повторний підйом температури на 7 – 14 день хвороби, інтоксикаційний синдром.
- Попереднє ураження слинних залоз.
- Біль в паху підсилюється при ходьбі з іррадіацією в яєчко.
- Яєчко збільшене в розмірах, ущільнене, різко болюче, шкіра калитки над ним гіперемована, натягнена, лискуча.
- В подальшому – порушення функції, у 1/3 – атрофія.



Орхіт у дитини, хворої на паротитину інфекцію (фото з компакт-диска «Мікробіологія. Вірусологія. Імунологія», розділ «Кокова група бактерій. І.О.Ситник»)

Панкреатит

- Розвивається поєднано з ураженням інших органів на 5 – 9 добу.
- Гострий початок, больовий синдром (в епігастрії, оперізуючий біль).
- Диспепсичний синдром (нудота, блювання, почашення випорожнення).
- Живіт піддутий, болючий.
- В крові зростає вміст амілази, ліпази, трипсину.

- Підвищення активності діастази сечі.
- В копрограмі – ознаки зниження перетравлюючої функції кишкового соку.

Менінгіт

- Розвивається вторинно на 7 – 10 день хвороби поєднано з ураженням слинних залоз.
- Інтотоксикаційний синдром, повторний підйом температури.
- Загально мозковий синдром: біль голови, нудота, повторне блювання, в'ялість.
- Менінгеальний синдром.
- В спинномозковій рідині лімфоцитарний (95 – 98 %) плеоцитоз (сотні, тисячі клітин в 1 мкл), протеїноррагія (0,99 – 1,98г/л), нормальний вміст цукру, хлоридів, рідина витікає під тиском.
- Сприятливий перебіг захворювання.

Лабораторна діагностика

В гемограмі – лейкопенія, лімфоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво.

Серологічні методи: РН, РСК, РГГА, із парними сироватками.

Диференційна діагностика

Паротиту: з гнійним паротитом, первинно-хронічним паротитом, слинокам'яною хворобою, токсичною дифтерією ротогорла, інфекційним мононуклеозом

Менінгіту: із серозним менінгітом при ГРВІ, кору, вітряній віспі, туберкульозним менінгітом.

Диференційний діагноз паротитної інфекції

Симптом, ознака	Паротитна інфекція	Дифтерія ротогорла (токсична)	Інфекційний мононуклеоз	Гнійний паротит
Початок	Гостро	Гостро	Гостро	Поступово
Провідний синдром	Ураження слинних залоз, інших екзокринних залоз, інтоксикаційний синдром	Ураження ротогорла, інтоксикаційний синдром	Лімфопроліферативний, інтоксикаційний	Ізольоване ураження привушної слинної залози, інтоксикаційний
Чим зумовлена дефігурація шиї	Запаленням слинних залоз	Набряком підшкірної клітковини	Збільшенням передньо і задньо-шийних лімфовузлів	Гнійним запаленням привушної слинної залози
Стан шкіри над припухлістю	Звичайного кольору, лискуча	Звичайного кольору	Звичайного кольору	Гіперемована
Місцева температура	Нормальна	Нормальна	Нормальна	Підвищена
Болючість	Помірна	Відсутня	Є при тяжкому перебігу	Виражена
Консистенція	Незначне ущільнення	Тістувата	Щільноеластична	Щільна
Зміни в ротовій порожнині, ротогорлі	Набряк, гіперемія вивідної протоки слинної залози	Гіперемія ротогорла, нашарування на мигдаликах	Фолікулярна, лакунарна ангіна	Гіперемія вивідної протоки, при натискуванні на уражену залозу – виділення гною з протоки
Ураження інших залозистих органів	Характерно	Немає	Немає	Немає
Зміни в гемограмі	Лейкопенія, зсув формули вліво, лімфоцитоз	Лейкоцитоз, нейтрофілоз, зсув вліво	Лейкоцитоз, лімфоцитоз, моноцитоз, атипові мононуклеари	Лейкоцитоз, нейтрофілоз, зсув формули вліво

Лікування

Паротиту, субмаксиліту, сублінгвіту:

- Ліжковий режим 5 – 7 днів.
- Механічно щадна дієта.
- Догляд за порожниною рота (2 % р-н бікарбонату натрію).
- Сухе тепло на уражені залози.
- Антибіотики у випадку приєднання бактерійної інфекції (пеніциліни, макроліди, цефалоспорины).
- Десенсибілізуючі (діазолін, тавегіл, фенкарол, супрастін, піпольфен).

Панкреатиту:

- 1 – 2 дні голод, через 10 – 12 днів стіл №5.
- Дезінтоксикаційна терапія (пиття, довенно: кріоплазма, альбумін, 5% р-н глюкози, фізрозчин натрію хлориду).
- Інгібітори протеаз (гордокс, контрикал, трасілол)
- Спазмолітики для зняття больового синдрому (но-шпа, папаверин).
- Ферментні препарати (панкреатин, фестал, дігестал).

Орхіту:

- Ліжковий режим, суспензорій.
- Кортикостероїди 2 – 3 мг/кг (за преднізолоном) в 3 – 4 прийоми 3 – 4 дні, поступове зменшення дози, курс 7 – 10 днів.
- Знеболюючі (анальгін, парацетамол).
- Десенсибілізуючі (діазолін, тавегіл, супрастін).

Менінгіту:

- Діагностично-лікувальна спинномозкова пункція.
- Дегідратаційна, дезінтоксикаційна терапія (маніт, манітол 1-1,5 г/кг, лазікс 1-3 мг/кг, концентровані розчини плазми, альбуміну, глюкози).
- Кортикостероїди 1-3 мг/кг за преднізолоном.
- Симптоматичне лікування (нейроплегіки – сібазон 0,3 мг/кг, дроперидол 0,25% 0,05-0,1 мл/кг, літична суміш 0,1-0,2 мл/кг; жарознижуючі – парацетамол, тайленол, ефералган).
- Десенсибілізуючі (діазолін 1-3 мг/кг).

Профілактика

- Ізоляція хворих до видужання (на 9 діб).
- Ізоляція контактних (вік до 10 років, не щеплені, не хворіли), з 11 по 22 день: огляд, термометрія.
- Провітрювання, вологе прибирання.

Специфічна: вакцинація живою аттенуваною паротитною вакциною у 12-15 міс. 0,5 мл підшкірно. Повторна – у 6 років, якщо не проводилась – то у 11 років (вакцинують моно- чи тривакциною разом із вакцинацією проти кору, краснухи); у 15 років – моновакциною (хлопці).

Діагностичні критерії інфекційних екзантем

Захворювання	Кір	Краснуха	Скарлатина	Псевдотуберкульоз	Менінгококк	Інфекційний
--------------	-----	----------	------------	-------------------	-------------	-------------

Діагностичні ознаки						мононуклеоз
1	2	3	4	5	6	7
Початкові симптоми	катар ВДШ, кон'юнктив 2-4 дні	висипка	гострий початок, біль у горлі, блювання, підвищення температури тіла, висипка	гострий початок з наростанням симптомів і їх поліморфізмом	інтоксикація, розвивається гостро, бурхливо	лихоманка, збільшення лімфовузлі в (переважно шийних), печінки, селезінки
Час появи висипань	3-4 день хвороби	1-й день, рідко – 2-й	1-й день (у 20% - 2-й)	2-8 день	перші години хвороби	2-5 день хвороби
Морфологія висипки	плямисто-папульозна	дрібноплямиста, рідко плямисто-папульозна	дрібноточкова, переважно на згинальних поверхнях кінцівок, внизу живота, попереку, обличчі, бокових поверхнях тулуба	дрібноточкова, дрібноплямиста	плямиста, папульозна в перші години, потім геморагічна “зірчаста” з некрозом в центрі	поліморфна, частіше плямиста, плямисто-папульозна
Розміри елементів	середні, великі на 2-3 день висипки	дрібні, середні	дрібні розеоли, зливаються	дрібні	від дрібних до значних крововиливів	різні за розмірами (від дрібних до значного розміру)
Порядок висипання	1-й день – на обличчі 2-й день – на обличчі, тулубі 3-й – на обличчі, тулубі, кінцівках	по всьому тілу, переважно на розгинальних поверхнях кінцівок	по всьому тілу, на обличчі блідий трикутник Філатова	симптом “капюшона”, “рукавиць”, “шкарпеток”	сідниці, нижні кінцівки, рідше – тулуб, руки, обличчя	без певної вибіркової локалізації, частіше на тулубі
Яскравість і колір елементів	яскраві, рожево-червоні	блідорозжеві	яскраві	яскраві	геморагічні, яскраві, інколи ціанотичні	рожеві
Зворотній розвиток висипки	пігментація починаючи з обличчя	зникають на 3-4 день	поступово згасають на 4-5 день з лущенням на 2-му тижні		дрібні зникають поступово, значні залишають “сухий” некроз	зникають безслідно від кількох годин до 4-7 діб
Катаральні прояви	виражені в перші 5-6 днів	незначні, короткотривалі, 1-2 дні	обмежена яскрава гіперемія, енантема на м'якому піднебінні 4-5 днів	відсутні	відсутні, у 30-40% за 2-3 дні передують прояви назофарингіту	відсутні
Слизові оболонки рота	гіперемовані, рихлі, на м'якому піднебінні енантема, на щоках – симптом Філатова	чисті, інколи поодинокі елементи енантеми	відмежована яскрава гіперемія, енантема на м'якому піднебінні, ангіна	гіперемія передніх дужок, мигдаликів	чисті, може бути гіперемія і зернистість задньої стінки ротогортала	чисті
Інтоксикація	значна, триває 5-7 днів	незначна або відсутня	відповідає вираженості місцевих ознак, короткотривала	превалює над змінами в ротогорталі, на шкірі, тривала	різко виражена	помірна, тривала

			1-3 дні			
Температурна реакція	субфебрильна в катаральному періоді, фебрильна в періоді висипань (двогорба)	нормальна, субфебрильна, рідко понад 38-39°C	швидкий ріст в перші години і на 1-2 день	висока, тривала лихоманка, може бути хвилюподібна	швидке наростання температури в перші години хвороби до високих цифр – 39-40°C	тривала – 2-3 тижні
Ураження інших органів і систем	пневмонія, ларингіт, отит	збільшення і болючість задньовиличних і потиличних лімфовузлів	ангіна, зміни з боку язика (осуга, з 4-5 дня “малиновий”), ускладнення на 2-3 тижні	артрит, міокардит, діарея, менінгіт, гепатит	назофарингіт, менінгіт, енцефаліт, артрит, пневмонія, іридоцикліт, ендокардит	гепатоспленомегалія, шийний лімфаденіт, тонзиліт, фарингіт, міокардит, пневмонія
Лабораторні критерії	лейкопенія, лімфоцитоз, анеозинофілія, РГГА з коревим антигеном (+)	лейкопенія, лімфоцитоз, збільшення числа плазматичних клітин, РГГА з краснушим антигеном (+)	лейкоцитоз, зсув вліво, нейтрофіліоз, ^ШОЕ, в мазках з рота, носа - стрептокок	лейкоцитоз, висока ШОЕ, РНГА з псевдотуберкульозним діагностичним мом (+), виділення йерсиній з калу		лейкоцитоз, атипові мононуклеари

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Інфекційні хвороби у дітей / А.М.Михайлова, Л.О. Тріскова, С.О. Крамарєв, О.М. Кочеткова. – К.: Здоров'я, 1998, с.с. 35-37, 126-146, 171-178.
2. Дифференціальна діагностика інфекційних захворювань: Руководство для лікарів / Г.М. Зубик, К.С. Иванов, А.П. Казанцев, А.Л. Лесников. – Л.: Медицина, 1991, с. 57-106.
3. Медицина дитинства / Л.І. Алексєнко, М.А. Анреїчин, А.А. Андрущук та ін.; За ред. П.С. Мощича. – К.: Здоров'я, 1991, с.с. 79-9, 189-204.
4. .Руководство по інфекційним захворюванням у дітей /В.Ф.Учайкин.–М.:ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998 – 809с.

Паротитна інфекція Кашлюк

Постановка цілей та їх мотивація:

паротитна інфекція у дітей раннього віку не являє собою загрози для життя дитини, але захворювання підлітків у предпубертатному та пубертатному періоді може призвести до атипового прояву хвороби та важких наслідків (безпліддя, панкреатит з наступним розвитком цукрового діабету, менінгоенцефаліт).

Медична сестра сімейного лікаря повинна усвідомлювати важливість якісного проведення щеплень дитячого населення, бути готовою до нетипових проявів хвороби у дітей. Внаслідок проведення щеплень кашлюк в останній час рідко зустрічається у дітей. Незважаючи на це, медична сестра повинна добре знати початкові прояви хвороби, вміти надати допомогу дитині при спастичному кашлі та апное.

Студент повинен знати:

1. Епідеміологія паротиту, основні клінічні симптоми.
2. Принципи лікування та елементи догляду при паротитній інфекції.
3. Профілактика паротиту. Заходи у вогнищі інфекції.
4. Епідеміологія кашлюку, основні симптоми типової та нетипових форм захворювання.
5. Принципи лікування та елементи догляду при кашлюку.
6. Кашлюк у немовлят, невідкладна допомога при апное.

Студент повинен вміти:

1. Проводити медсестринське обстеження при паротитній інфекції, при кашлюку;
2. Оцінювати стан пацієнта після медсестринського обстеження;
3. Планувати медсестринські втручання та здійснювати їх реалізація;
4. Підготувати пацієнта до проведення обстежень;
5. Вводити вакцину проти паротитної інфекції;
6. Накладати зігрівальний компрес на привушні слинні залози;
7. Проводити підшкірні, внутрішньом'язові ін'єкції, внутрішньовенні вливання;
7. Профілактика кашлюку, заходи у вогнищі інфекції.
8. Здійснювати догляд за шкірою та слизовими оболонками;
9. Вводити вакцини АКДП, АаКДП;
10. Надавати допомогу у разі зупинки дихання під час нападу кашлю при кашлюку.

Контроль вихідного рівня знань.

Дайте відповіді на слідуючи запитання:

1. Епідеміологія паротиту.
2. Основні симптоми прояву типового ураження привушних слинних залоз.
3. Нетипові прояви хвороби субмаксиліт, мастит, панкреатит, орхіт, менінгоенцефаліт.
4. Основні принципи етіологічного та симптоматичного лікування паротиту, догляд за хворим.
5. Профілактика паротиту, заходи у вогнищі інфекції.
6. Епідеміологія кашлюку : збудник, джерело інфекції, шляхи передачі вхідні ворота.
7. Періоди протікання, симптоми у катаральний період, період спазматичного кашлю, реконвалесценції. Яні симптоми у катаральний період свідчать про перетоврення сухого кашлю на спазматичний.
8. Охарактеризуйте напад спазматичного кашлю, що таке реприза.
9. Кашлюк у немовлят, невідкладна допомога при апное.
10. Основні принципи лікування кашлюка.

11. Догляд за дитиною.
12. Профілактика захворювання заходи у вогнищі інфекції.

2. Заповніть таблицю, дайте відповіді на питання:

1. Вакцина суха чи рідка, назва вакцини
2. Якщо суха, як потрібно її розвести
3. Метод та місце введення вакцини
4. Вік дитини для вакцинації
5. Термін ревакцинації

№ п/п	Кір	Краснуха	Паротит	Кашлюк	Дифтерія	Туберкульоз
1						
2						
3						
4						
5						
6						

2. Формування професійних умінь та навиків.

1. Користуючись картою проведення медсестринського обстеження проведіть огляд однієї куріруємої дитини, заповніть схему. Використовуйте індивідуальні засоби захисту від зараження інфекційною хворобою!

Карта сестринського обстеження дитини із підозрою на епідемічний паротит, кашлюк

Дата _____ Час _____ Відділення _____

Палата _____

П.І.Б. _____

Стать _____ Дата народження _____

Скарги: субфебрильна температура, фебрильна температура, слабкість, млявість, поганий апетит, головний біль, кашель сухий, нападоподібний, вологий, біль при відкриванні рота та вживанні кислої їжі, слинотеча, біль у привушних ділянках – (підкреслити). Анамнез захворювання: Коли вперше з'явилися симптоми захворювання. _____

Послідовність виникнення симптомів _____

Огляд Шкіра та її придатки: шкіра рожева, бліда, чиста, блискуча та напружена над привушними слинними залозами _____

Слизові оболонки: слизова оболонка рота рожева, гіперемія місця витоку слини, пошкодження вуздечки язика _____

Периферичні лімфатичні вузли: не збільшені, збільшені підщелепні _____

Підшкірно-жировий шар: розподілений рівномірно, на животі повинен бути не менше 2 см при взятті шкіри в складку (підкреслити)

Температура тіла _____

Легені: дихання везикулярне, жорстке, хрипи влегенях є, не має характер хрипів та розташування _____ ЧД _____

Серце: проводиться аускультация серця дитини, наявність додаткових шумів.

ЧСС _____ **Ps** _____

Живіт: округлої форми, приймає участь в акті дихання, м'який, доступний при пальпації, болючий при пальпації у епігастральній ділянці, навколо пупка, у правому підребер'ї.

Характер стільця: _____

Враховуючи отримані дані складіть план догляду за пацієнтом.

Проблеми пацієнта	План сестринського втручання	Кінцевий результат надання допомоги та догляду за дитиною

2. Допомога медичні сестрі при:

1. Введенні вакцини проти паротитної інфекції;
2. Накладанні зігрівального компресу на привушні слинні залози;
3. Проведенні підшкірних, внутрішньом'язових ін'єкцій, внутрішньовенних вливань;
4. Догляді за шкірою та слизовими оболонками;
5. Введенні вакцини АКДП, АаКДП;
6. Наданні допомоги у разі зупинки дихання під час нападу кашлю при кашлюку.
3. Контроль професійних умінь та навиків.

Завдання № 1 Викорстовуючи свої дані заповніть фрагмент картки профілактичних щеплень.

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 0 6 3 / 0 Затверджено наказом МОЗ України 2 7 1 2 9 9 № 3 0 2
--	---

КАРТА ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ

Взятий (а) на облік

(число, місяць, рік)

Найменування дитячої установи (для організованих дітей) _____ дільниця № _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
 2. Дата народження _____
 3. Домашня адреса: _____
- область _____ район _____

Щеплення проти паротиту

Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення		Мед. протипоказ
				загальна	місцева	

Завдання № 2

Ви медична сестра кабінету щеплень. До вас на прийом прийшла мати з 6-тирічним хлопчиком для проведення щеплення проти паротиту.

Яка послідовність ваших дій. Виконайте маніпуляцію.

Заповніть необхідну документацію.

Задача № 3

Ви медична сестра сімейного лікаря

До Вас звернулась мати дитини 6-ти років зі скаргами, що через 2 тижні після щеплення поти кору, краснухи, паротиту у дитини з'явилися набряки під очима. Погіршився загальний стан. При об'єктивному обстеженні:шкірні покриви бліді, злегка пастозні під очима, периферичні лімфовузли не збільшені. В легенях – везикулярне дихання, тони серця ритмічні, ЧСС 100 за 1 хв. Живіт м'який, злегка болючий навколо пупка. Симптом Пастернацького позитивний з обох боків.

Які додаткові методи обстеження які можна провести на рівні СЛА, ЦРЛ для уточнення діагнозу.

Ваша тактика? .

Задача № 4

Ви медична сестра сімейного лікаря.

До вас звернулась мати дитини 5-ти років зі наступними скаргами: хворіє дитина 5 днів, лікар при попередньому відвідуванні поставив діагноз ГРВІ та призначив лікування. Всі призначення мати виконувала, але сухий кашель, який спочатку був нечастим, став посилюватися, частішати, дитина кашляє переважно вночі та іноді кашель закінчується блюванням.

Ваша тактика?

Яке дослідження можуть провести у лікарні для підтвердження діагнозу?

Задача №5

Ви медична сестра інфекційного відділення.

У відділенні знаходиться дитина 2-х років з діагнозом: кашлюк.

Вночі у дитини виник напад спазматичного кашлю, який завершився зупинкою дихання.

Користуючись алгоритмом дій надайте невідкладну допомогу.