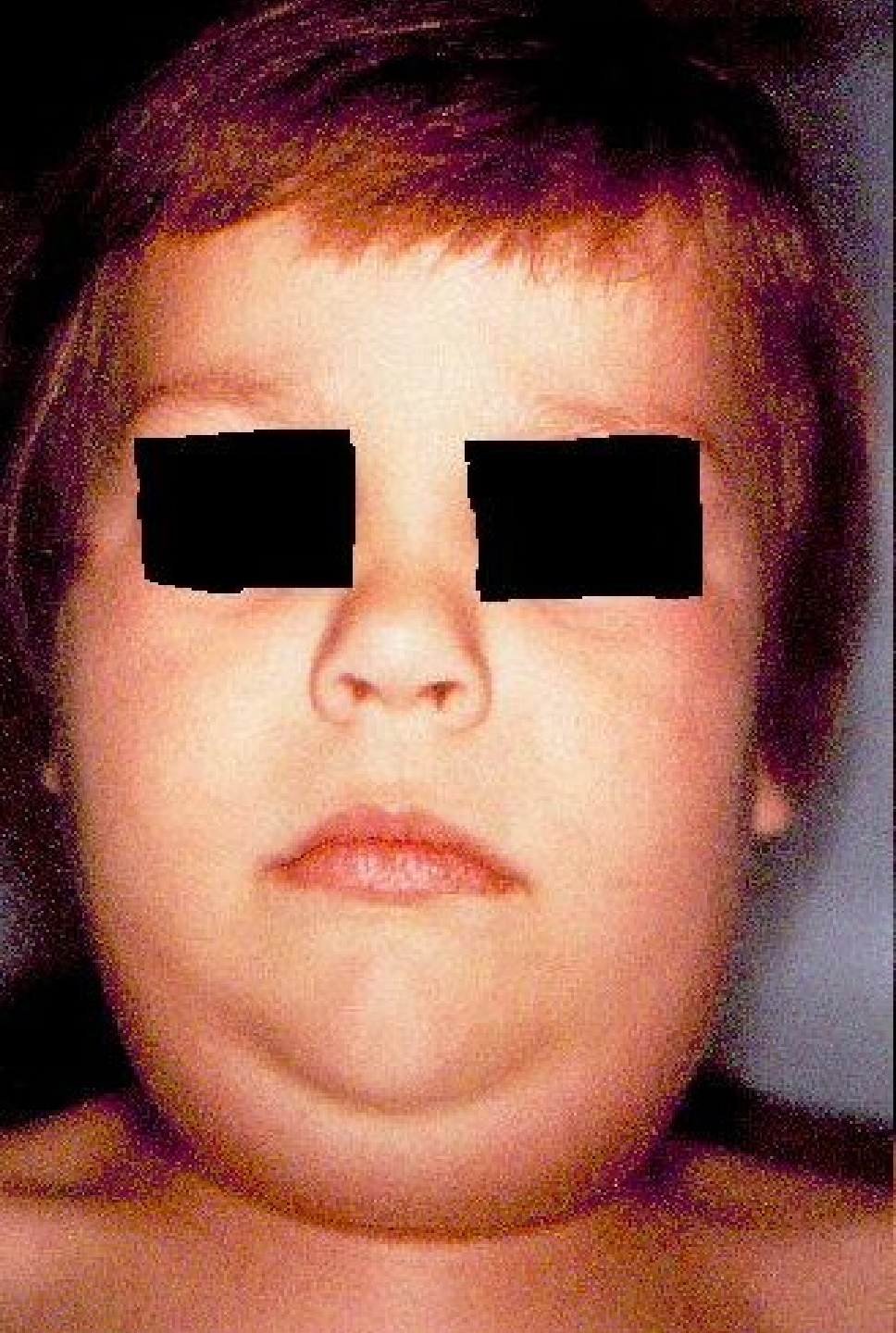




**Епідемічний паротит. Кашлюк.
Паракашлюк.**

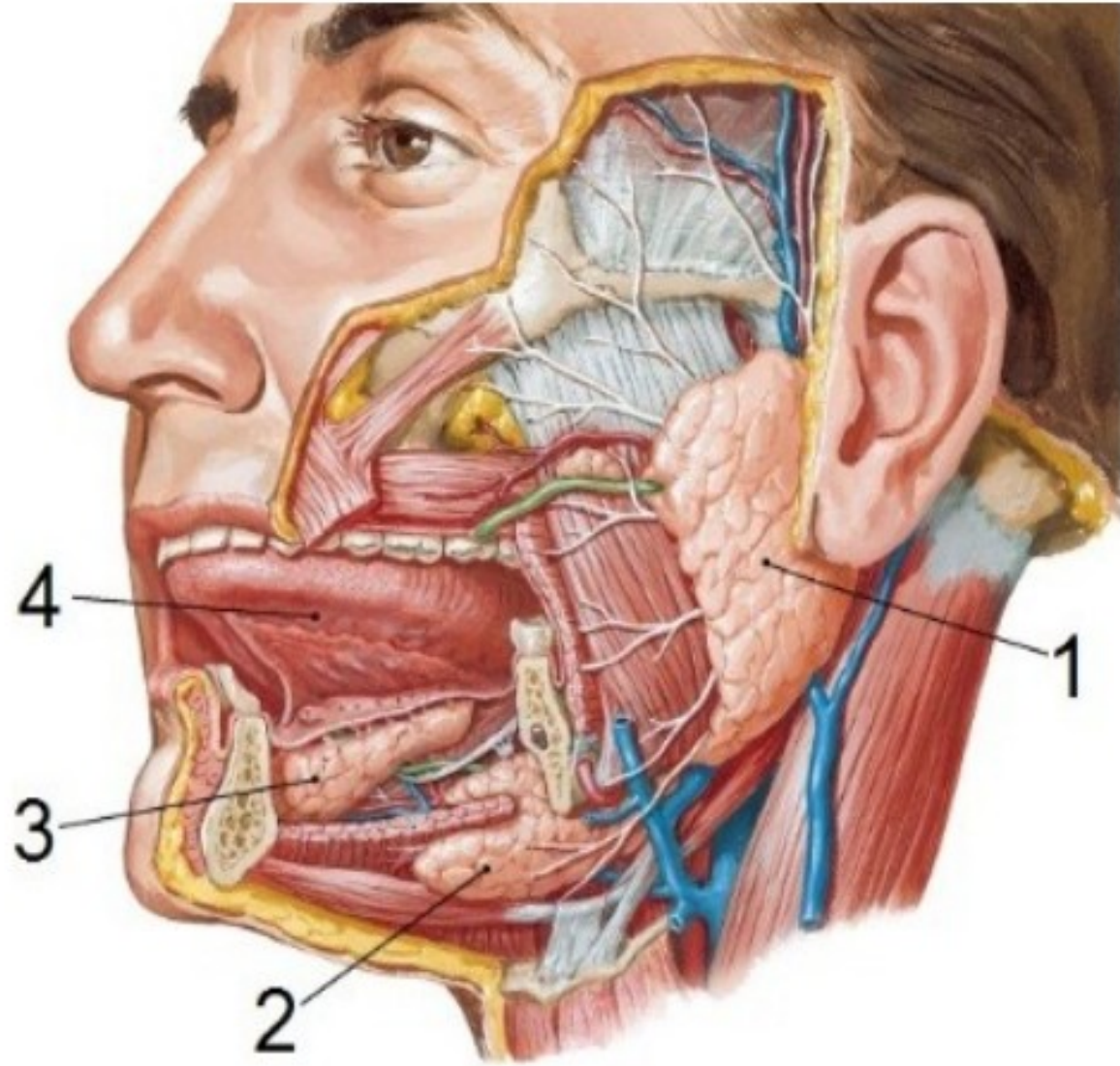
план

- АФО
- Епідемічний паротит.
- Кашлюк. Паракашлюк.
- **С.Р.** Сучасні погляди на вакцинацію. Показання та протипоказання. Виконання щеплень
-



Епідемічний паротит

- **гостре захворювання, яке спричинюється вірусом і характеризується гарячкою, ураженням залозистої та нервової тканини.**



1. околоушна заліза
2. підщелепна заліза
3. під'язикова заліза
4. язик

Слинні залози

Це група секреторних органів різних розмірів, будови і розташування, що виробляють слину.

Класифікація

Малі слинні залози.

- Губні,
- Щічні,
- Язичні,
- Піднебінні,
- Залоза дна ротової порожнини.

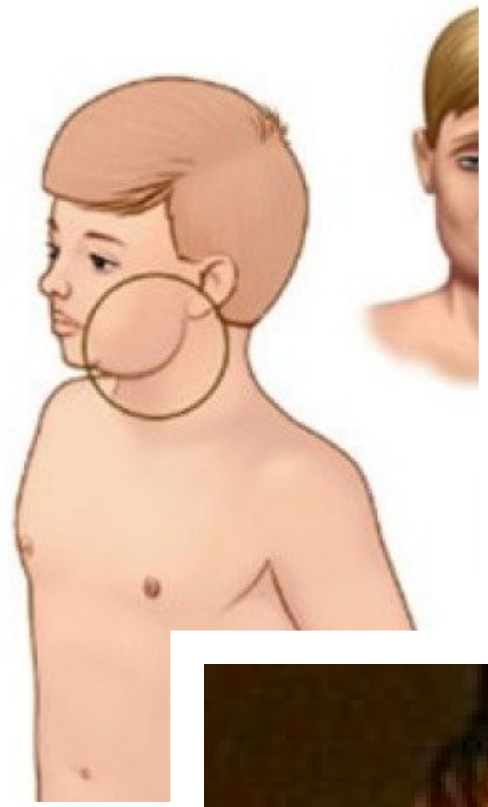
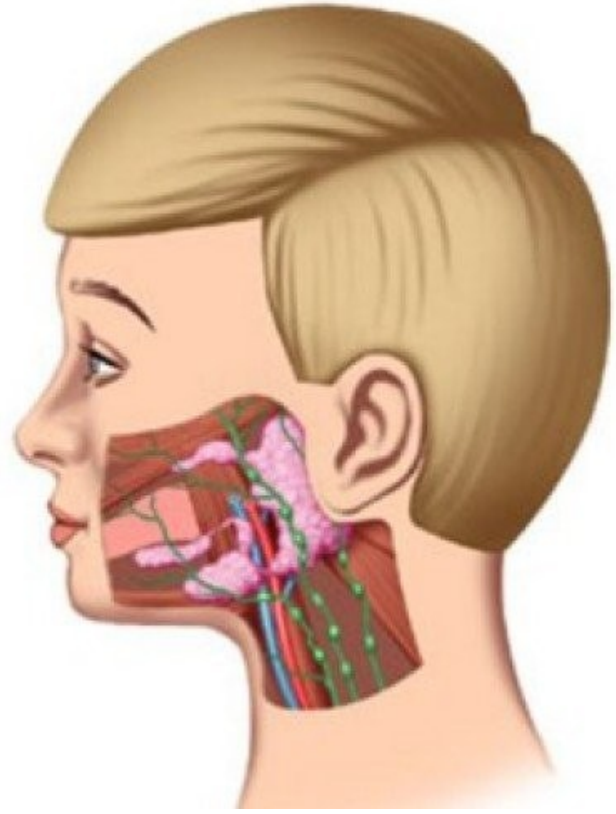
Великі слинні залози.

- Привушні,
- Підщелепні,
- Під'язикові.

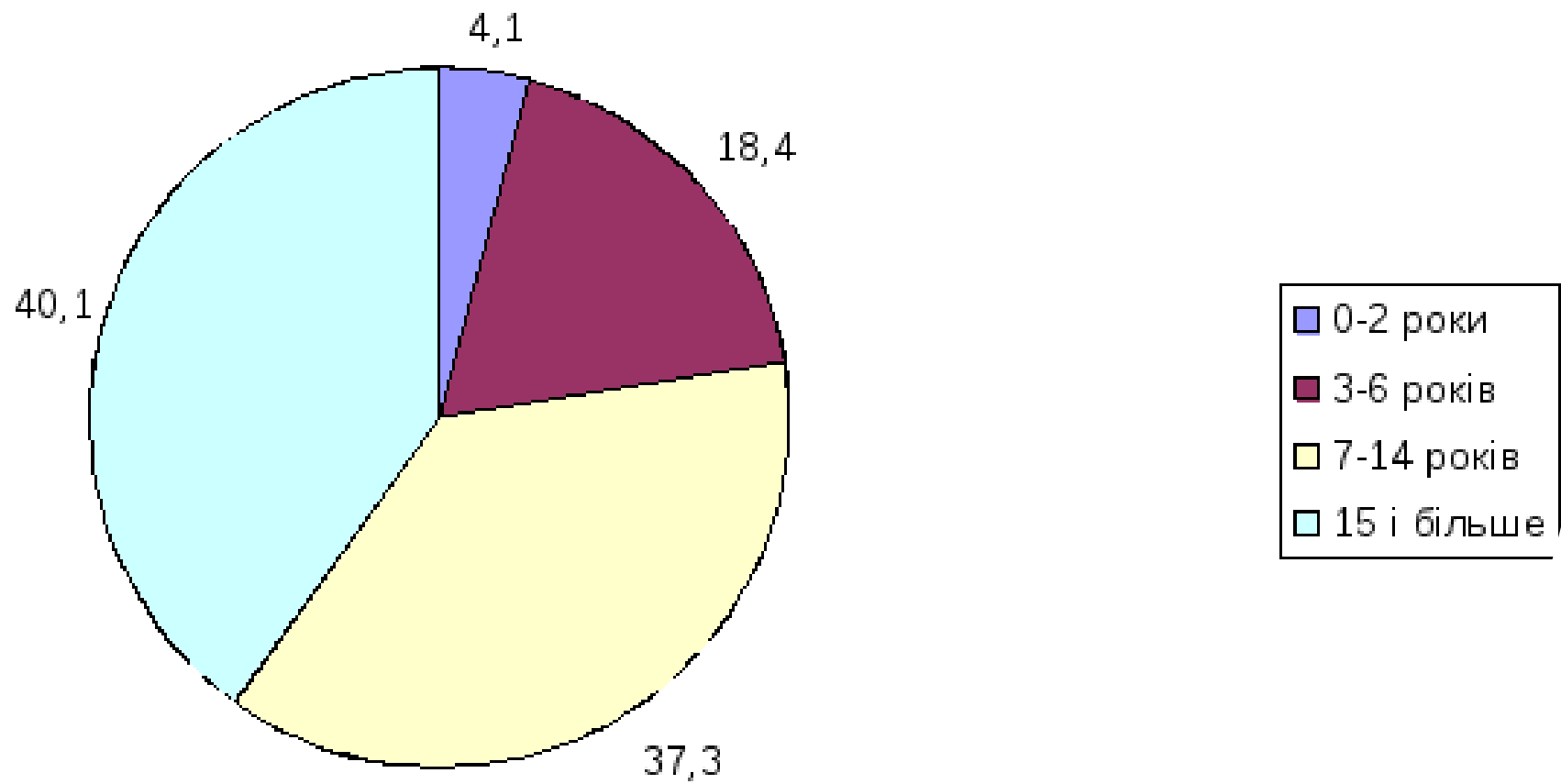
Епідемічний паротит (morbus parotis epidemika mumps)





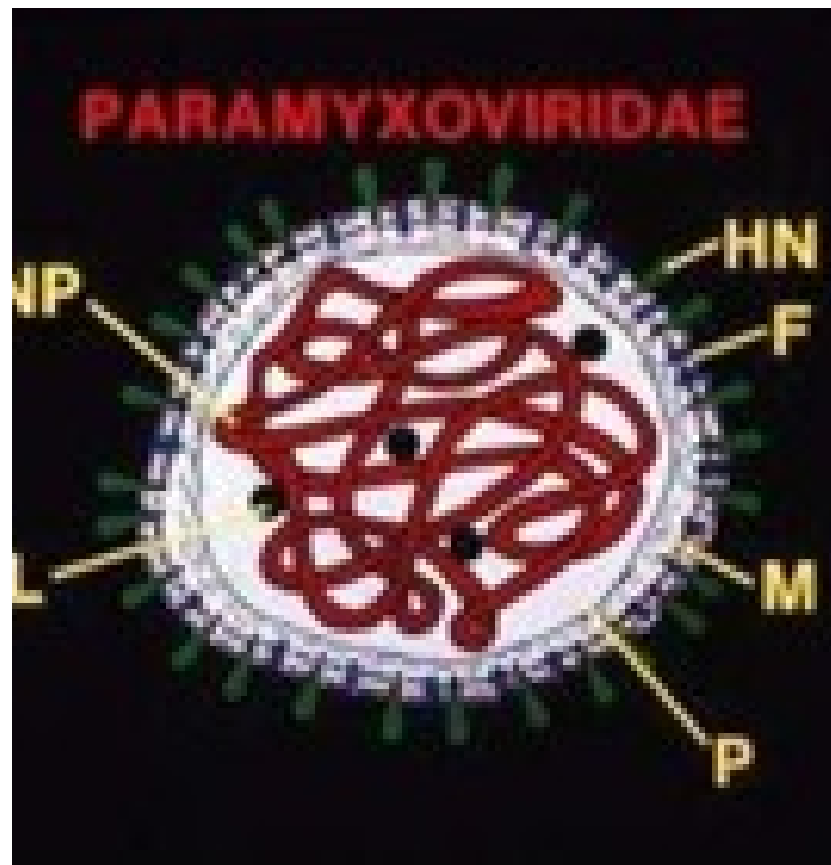


вікової структури захворюваності на епідемічний паротит



Етіологія

- Сімейство Paramyxoviridae
- Гине при $T - 60^{\circ}C$ протягом 5 – 10 хвилин, УФО – відразу, в дезрозчині – 2-3 хвилини.
- Не летючий.
- Існує один серотип вірусу.



Епідеміологія

- **Джерело збудника** - хвора людина . Максимальна заразність спостерігається наприкінці інкубаційного періоду і особливо в перші 3-5 днів захворювання. Припускається наявність вірусоносіїв. Контагіозність хворих на поротитну інфекцію закінчується після 9-го дня хвороби.
- **Механізм передачі інфекції** - повітряно-крапельний, але можливі аліментарний та контактно-побутовий. Через предмети догляду, іграшки збудник передається зі слиною.
- **Воротами** проникнення вірусу в організм є слизові оболонки верхніх дихальних шляхів, ротової порожнини.
Сезонність — хворіють на протязі усього року, але максимальне підвищення захворюваності спостерігається в зимовий та весняний періоди.
- **Сприятливість** - висока, найчастіше боліють діти 1-15 років, а також молоді особи віком 16-25 років. Діти 6-8 міс несприйнятливі до захворювання завдяки наявності в крові материнських антитіл.

Чинники, що сприяють виникненню захворювання

- вік дитини -1-15 років
- відсутність активної імунізації
- часті захворювання дитини
- імунодефіцитні стани
- негативні епідемічні чинники.

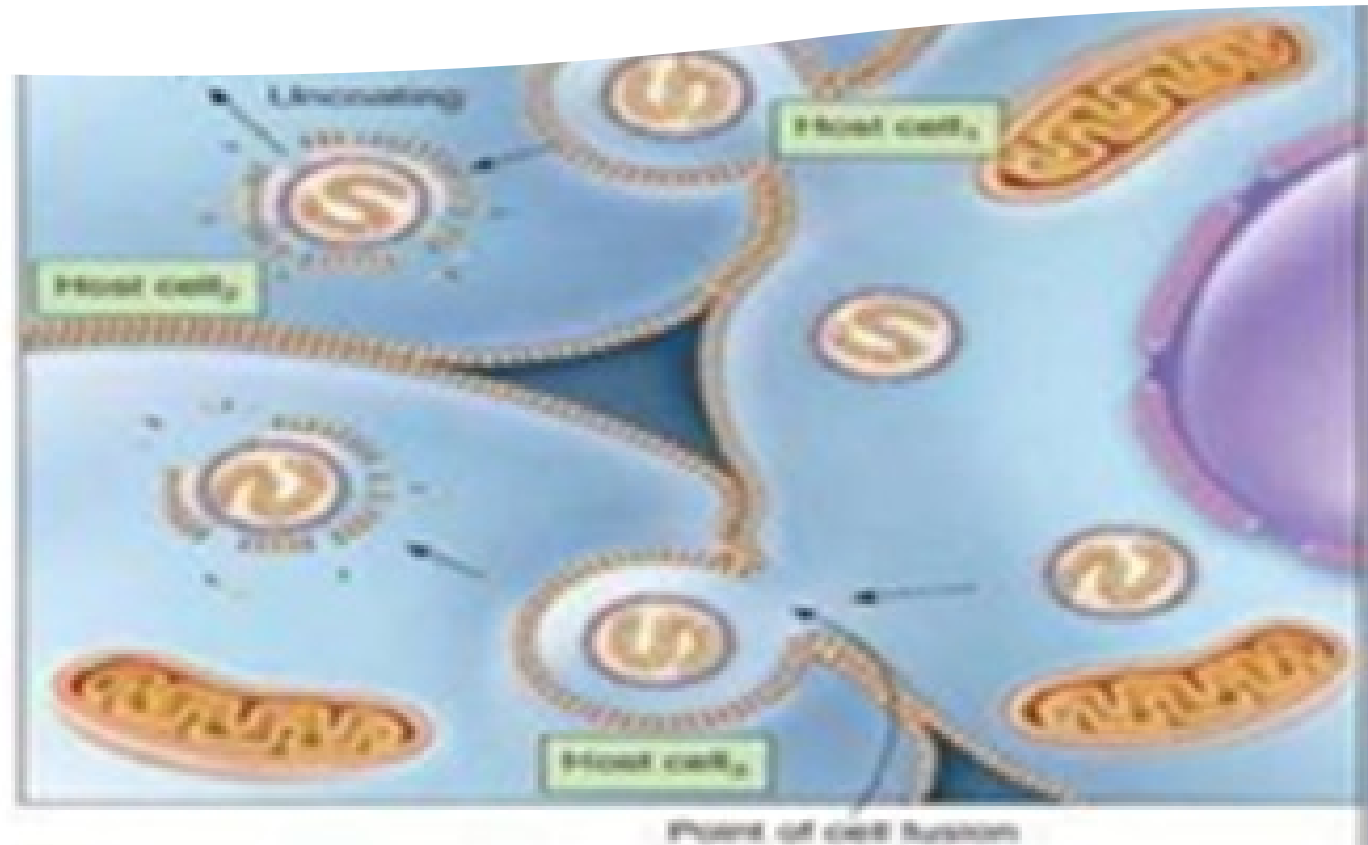
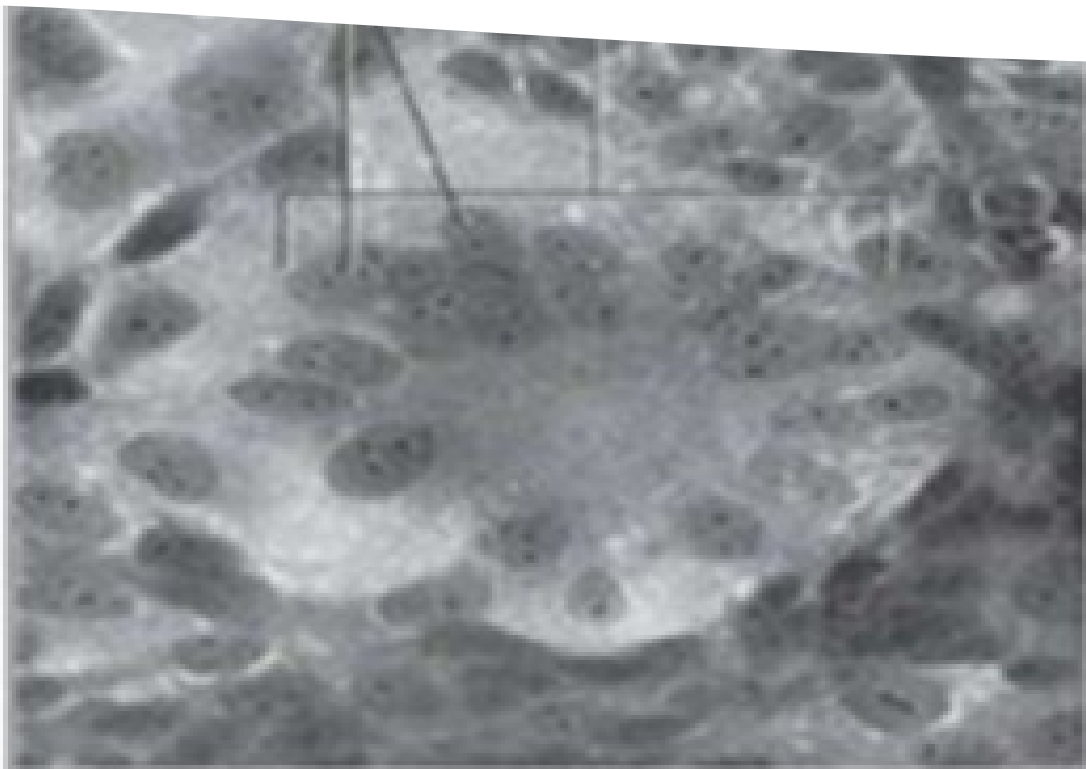




ПАТОГЕНЕ

3

- **Запальний процес локалізується біля слинних вивідних протоків та кровоносних судин**
- **Спостерігається генералізована гіперплазія лімфоїдної тканини: утворення гігантських багатоядерних клітин**



```
graph TD; A[Слизові оболонки ротової порожнини, носа, глотки] --> B[Слинні залози]; B --> C[Віремія]; C --> D[Залозиста тканина]; C --> E[Нервова система];
```

Слизові оболонки ротової порожнини, носа, глотки

Слинні залози

Віремія

Залозиста тканина

Нервова система

- **Сублінгвіт**
- **Субмандибуліт**
- **Панкреатит**
- **Орхіт, простатит**
- **Оофорит**
- **Мастит**
- **Тиреоїдит**

- **Менінгіт**
- **Менінгоенцефаліт**
- **Мононевріти**
- **Мієліти**
- **Енцефаломієліти**
- **Полірадікулоневріти**

Класифікація

- **Типова**
- **атипова (стерта, мітигрована, геморагічна, диспноїтична)**



Одностороннее
увеличение слюнной
железы при паротите



Паротит у детей

Наиболее частым
проявлением паротита
является поражение
околоушных желез.







Воспаление околоушной
слюнной железы (**пароти**



Клініка ураження привушних залоз

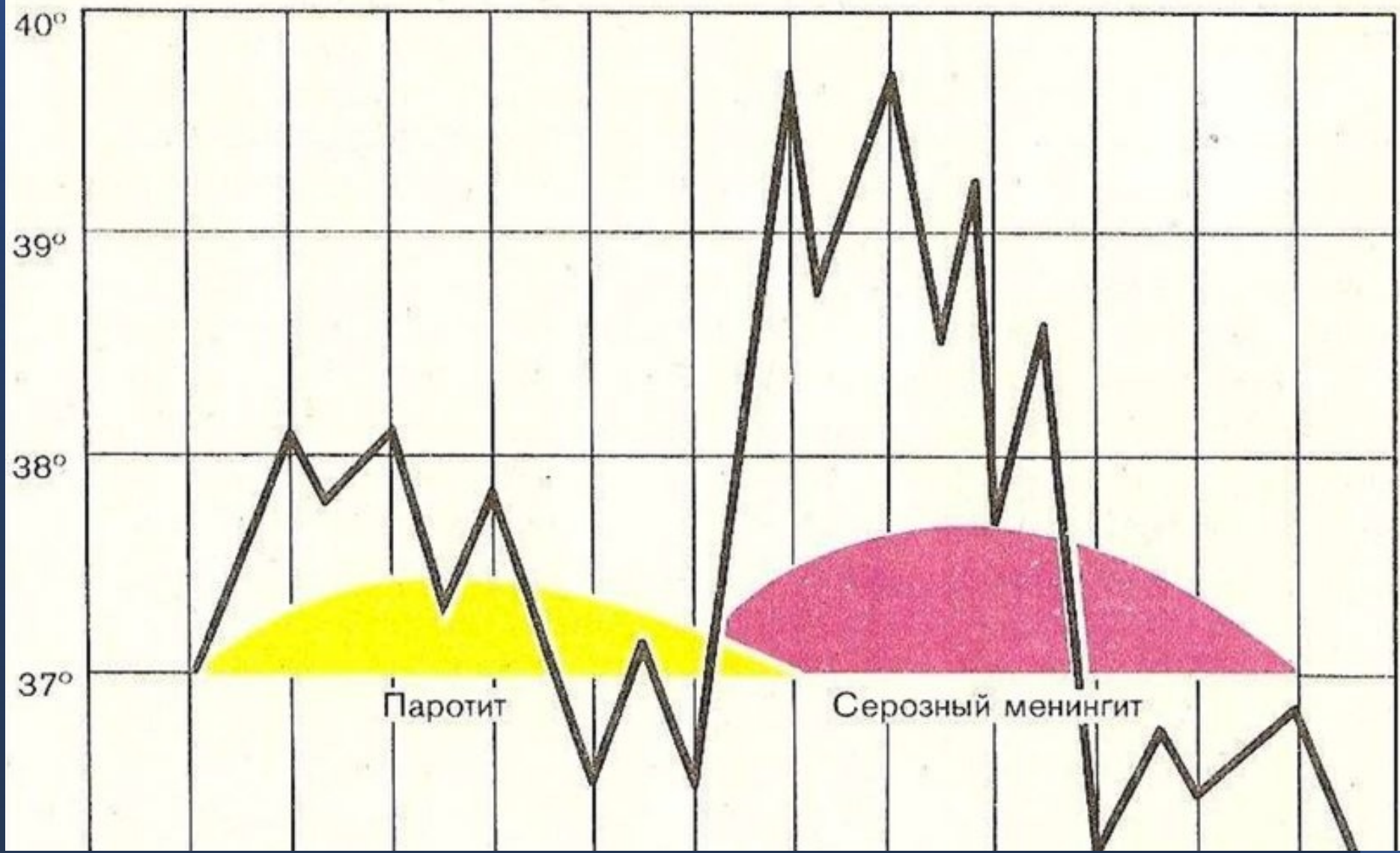
Процес звичайно двобічний, але можливе й однобічне запалення.

Характерні симптоми:

- підвищення температури тіла до 38-39°C
- припухлість і болючість привушних слинних залоз
- біль під час відкривання рота, підвищене слиновиділення
- набряк та утління м'яких тканин навколо залози
- шкіра над залозою звичайного кольору, напружена, блискуча
- біль відбувається під час натискання позаду від мочки вуха і в ділянці соскоподібного відростку.

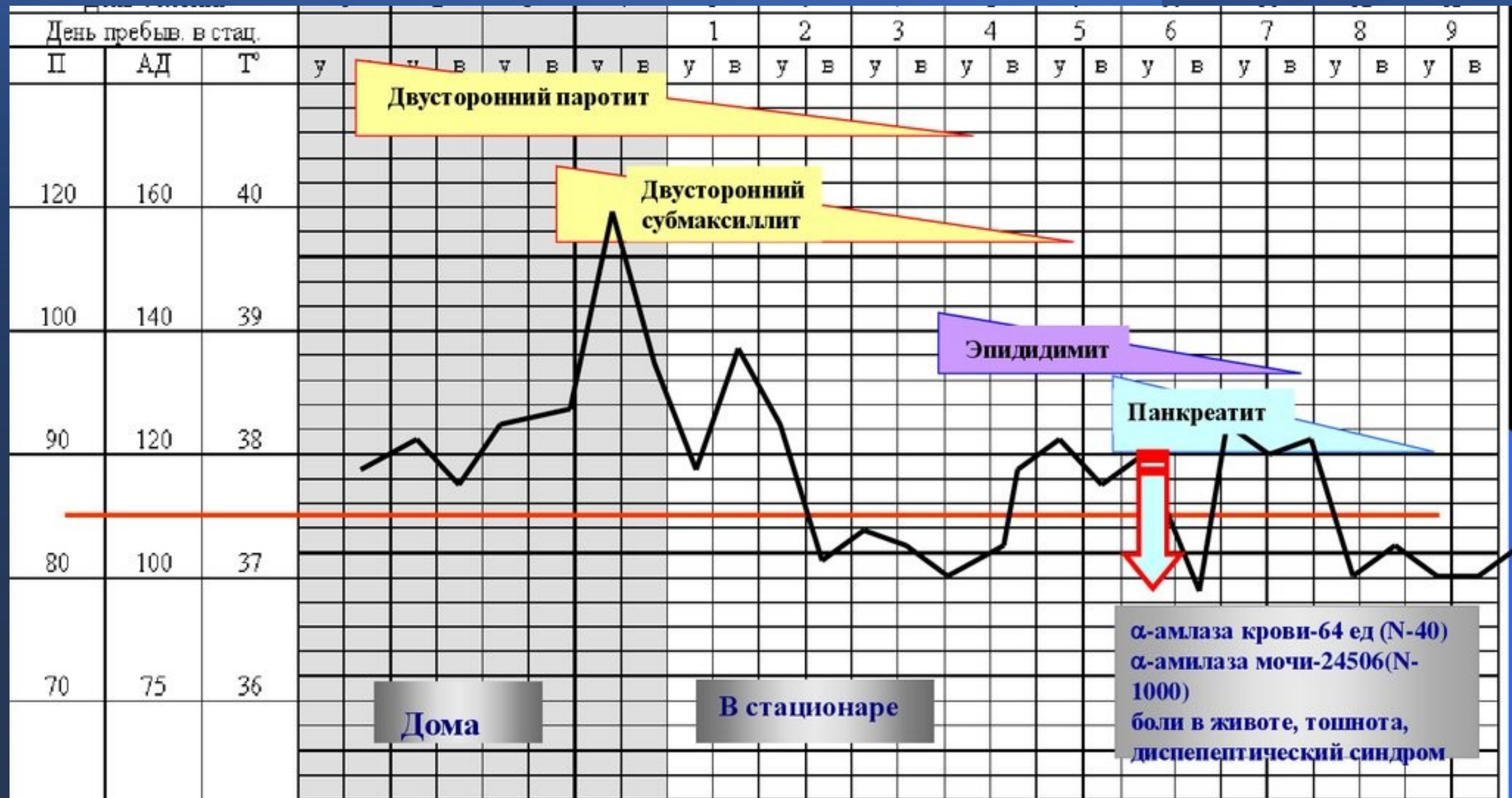






Паротит

Серозный менингит



При огляді дитини 5 років ви виявили погіршення стану, підвищення температури тіла, набряк у ділянці привушної слинної залози праворуч, відмову від їжі.

Про яке захворювання слід думати?

- A* Паротитну інфекцію
- B* Краснуху
- C* Скарлатину
- D* Кір
- E* Вітряну віспу



Ураження інших залоз

**Запальний процес
підшлункової
залози – біль в
животі, нудота,
блювання**

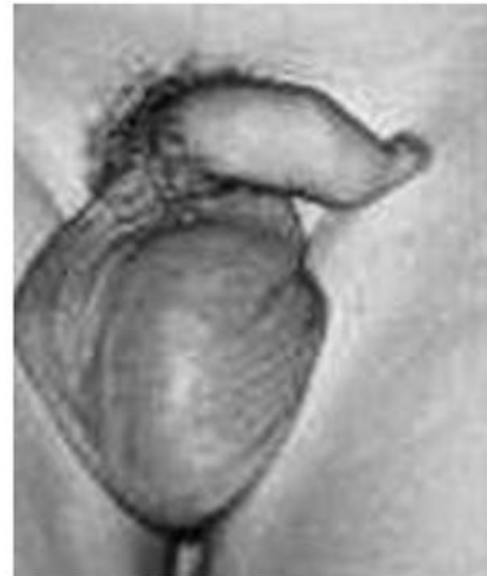
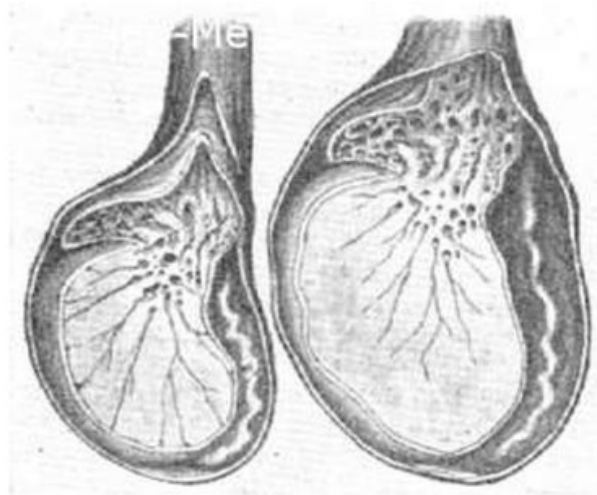
Інші прояви паротитної інфекції:

- Панкреатит: на фоні підвищення температури з'являється постійний біль у животі, зниження апетиту, нудота, блювота;
- Орхіт: виникає на 5 – 8 день хвороби, гостро з підвищення температури до 38-40°C, симптомів інтоксикації, набряк та різкий біль в яєчках, що посилюється під час руху, відчуття важкості внизу живота, шкіра на калитці гіперемійована, натягнута, блищить;
- Менінгіт: розвивається на 3–6 день захворювання, гостро з підвищення температури до 38 - 39°C, головного болю, блювоти, сонливості, адинамії, менінгеальних симптомів;
- Оофорит, бартоліїт, мастит.



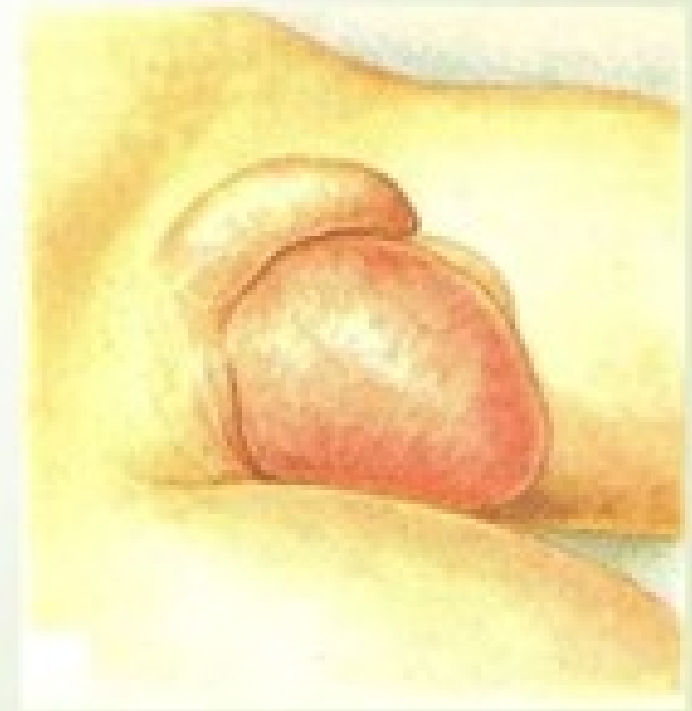
Ураження й інших залоз

- **запальний процес в яєчках - орхіт** - підвищення температури тіла, яєчко збільшується в розмірах, шкіра над ним набрякла, червона, визначається болісність під час пальпації, можлива атрофія, порушення сперматогенезу.



ОРХИТ

Сильний біль в калитці, з іррадіацією в пах, поперек, яєчко збільшується, ущільнюється.



Паротит у хлопчиків та його наслідки

- Наслідки епідемічного паротиту найбільш небезпечними є для хлопчиків віком більше 7 - 8 років.
- Якщо статевий розвиток вже почався, то цей процес може бути зупинений під час впровадження вірусу в тканини тестикул.
- У хлопчиків віком старше 12 років в 48% випадків виникає вторинне стійке безпліддя.



Ураження центральної нервової системи

- **менінгіт** - підвищення температури тіла, головний біль, блювання, менінгеальні симптоми



Менінгоенцефаліт

Полірадикулоневрити

- На 6 - 10 добу захворювання уражаються черепні нерви, пірамідна та вестибулярна системи, мозочок.
- Стан дуже тяжкий, гіпертермія, мозкове блювання, порушення і втрата свідомості, марення, тонічні та клонічні судоми, парези черепних нервів, геміпарези кінцівок, мозочкова атаксія.
- На 5 - 7 добу спостерігаються мляві парези і паралічі в поєднанні з корінцевим больовим синдромом, випаданням чутливості за дистально - периферичним типом

Віддалений прогноз

- Панкреатит – цукровий діабет
- Орхіт – безпліддя, атрофія яєчок, тестикулярні пухлини, імпотенція
- Оофорит – безпліддя, рання менопауза, пухлини, маткові кровотечі
- Менінгіт(менінгоенцефаліт) – глухота, гіпертензійний синдром , гідроцефалія, сліпота, енурез

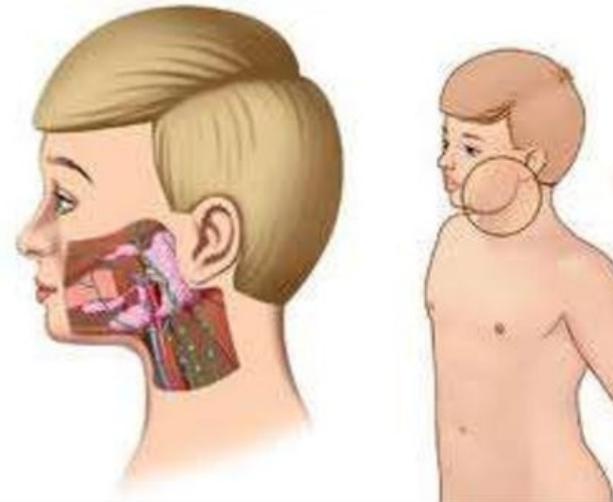
Діагностика епідемічного паротиту

- базується на типових клінічних даних про первинне негнійне ураження слинних залоз. При ізольованому ураженні підщелепних і під'язикових слинних залоз, а також менінгіті та панкреатиті без явного ушкодження слинних залоз слід спиратись на дані епіданамнезу.
- Допомагають уточнити діагноз дослідження парних сироваток у РЗК, РГГА (в тому числі при безсимптомних формах), а також внутрішньошкірна проба з паротитним алергеном.
- В аналізі крові визначаються лейкопенія, відносний лімфоцитоз, при ускладненому перебігу - лейкоцитоз із зсувом формули вліво, збільшена ШОЕ.



Диагностика

- **Епідеміологічний анамнез.**
- **Клінічні прояви** : перші симптоми з'являються під час жування, розмови, коли дитина скаржиться на біль у ділянці слинної залози .
- **Загальний аналіз крові** - лейкопенія.
- **Серологічні реакції** - в яких спостерігається наростання титру антитіл.



Потенційні проблеми

- Отит
- Стomatит
- Пневмонія
- Цукровий діабет
- Безпліддя



Лікування епідемічного паротиту

- Хворих на епідемічний паротит лікують, як правило, вдома. Госпіталізація показана при важкому і ускладненому перебігу, а також за епідпоказаннями. Специфічних засобів терапії немає.
- При ізольованому ураженні слинних залоз прополіскують порожнину рота 2 % розчином гідрокарбонату натрію, на залози місцево - сухе тепло, компреси, солюкс, УВЧ. При показаннях використовують анальгетики.
- Хворий має перебувати на ліжковому режимі не менше ніж 10 днів. У чоловіків, які не дотримуються режиму протягом 1-го тижня, орхіт розвивається в 3 рази частіше. З метою запобігання панкреатиту обмежують вживання білого хліба, макаронів, жирів, грубої рослинної клітковини. При гострому панкреатиті призначають щадну дієту, спазмолітики, анальгетики, антигістамінні препарати, холод на живіт, інгібітори ферментів (трасилол, контрикал, амінокапронову кислоту).



Лікування



- Організувати дієтичне харчування - їжа повинна відповідати віковим особливостям, бути максимально щадною, вітамінізованою, калорійною, максимально термічно, механічно, хімічно щадною. Дієта № 5
- Створення для пацієнта належних комфортних умов дотримання призначеного режиму.
- Організувати суворий ліжковий режим на 9 днів від моменту захворювання.
- Ізолювати дитину в окремій кімнаті на 10 днів
- Застосувати сухе тепло на ділянку слинної залози у вигляді компресу.
- Призначити УВЧ, солюкс на ділянку слинної залози
- Забезпечити ретельний догляд за шкірою та слизовими оболонками хворої дитини. Проводити полоскання ротової порожнини після їди 2% розчином натрію гідрокарбонату або фурациліну.
- Проводити симптоматичне лікування: жарознижувальні, десенсибілізувальні, дезінтоксикаційні, судинорозширювальні, серцеві препарати у вікових дозах



Лікування



- **1) Етіотропна терапія:** • Антибіотики, сульфаніламід при бактеріальних сіаладеніта (введення в вивідний проток, застосування всередину і внутрішньом'язово при прогресуванні процесу) • Інтерферон, рибонуклеаза при вірусних сіаладеніта (полоскання рота, введення в протоку, закопування в ніс)
- **2) Збільшення слиновиділення:** пілокарпіну гідрохлорид по 5-6 крапель 3-4 рази на день, продукти, що підвищують слиновиділення (кисле)
- **3) При серозному запаленні:** грілки, УВЧ, масляні компреси
- **4) Компреси** з 30 % розчином димексиду на 20-30 хвилин 1 раз в день
- **5) Нестероїдні протизапальні засоби, десенсибілізуюча терапія, вітамінотерапія**
- **6) Бужування протоки слинної залози** для поліпшення відтоку слини і ексудату
- **7) При гнійно-некротичному процесі - розтин капсули залози**

При епідемічному паротиті середньої тяжкості застосовуються фізіопроцедури:

- **УВЧ-терапія, ультрафіолетове опромінення.**
- **На опухлу щоку можна надіти суху марлеву пов'язку. Думка про те, що набряклу область можна гріти, є спірним. Тому краще використовувати теплий компрес, але не гарячий.**
- **Кімнату, в якій лежить дитина, рекомендується провітрювати як можна частіше.**



- При орхіті показані преднізолон по 15-20 мг на добу протягом 5-7 днів, дезінтоксикація, сухе тепло, носіння суспензорію. Ефективна етіотропна
- терапія рибонуклеазою внутрішньом'язово.
- При менінгіті показана лікувально-діагностична люмбальна пункція, використовують глюкокортикоїди, дегідратацію, вітаміни.
- Хворих можна виписувати не раніше ніж на 9-й день від початку захворювання.



Суспензорій



medmarket.kh.ua

Заходи в вогнищі

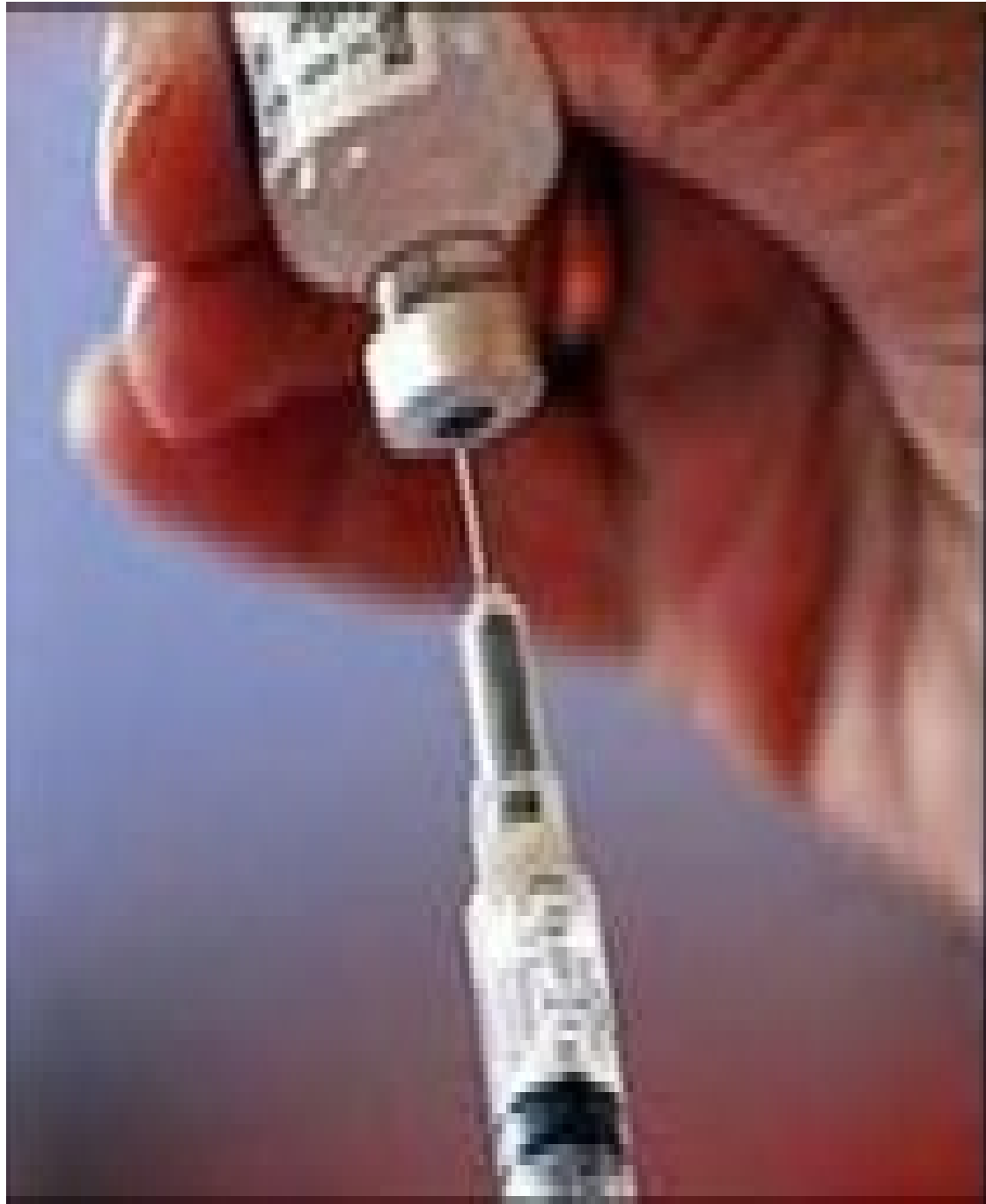
- Ізоляція хворого на 9 днів від початку захворювання
- Карантин на 21 день для контактних , що не хворіли та не щеплених дітей віком до 10 років, роз'єднання проводиться з 11-го дня (з 11до 21-го дня)
- Провітрювання, вологе прибирання
- Щоденний огляд, термометрія
- Санітарно-просвітня робота
- Дезінфекція не проводиться





Специфічна профілактика

- Проводиться живою паротитною вакциною,
- яка вводиться підшкірно в дозі 0,5 мл
- Вакцинація в 12міс
- Ревакцинація в 6 років



Диспансеризація

- Неускладнена форма – 1 місяць в дитячій консультації
- З ураженням нервової системи – спостереження невропатолога та інфекціоніста 2 роки
- Після орхіту – ендокринолог та інфекціоніст 2 роки
- Після панкреатиту – ендокринолог 1 рік

НЕ ДАЙ ПАРОТИТУ "ПІДКЛАСТИ СВИНЮ"



ВАКЦИНАЦІЯ КПК - НАЙКРАЩИЙ
ЗАХИСТ ВІД ЕПІД.ПАРОТИТУ ("СВИНКИ")

НЕ ПОШИРЮЙ ХВОРОБУ КОЛИ ХВОРИЙ:



Не користуйся
спільним посудом



Прикривайся при
чханні і кашлі



Захворів -
сиди вдома!



Мий руки
з милом



Протирай
поверхні

СИМПТОМИ ЕПІД.ПАРОТИТУ:



"Свинка" відома
набряком щік,
щелеп та шиї



Лихоманка



Головний біль



Втрата апетиту



Біль у м'язах



Втомлюваність

НЕМАЄ СПЕЦИФІЧНОГО ЛІКУВАННЯ:



Якщо маєш симптоми - залишайся вдома, уникай
контактів зі здоровими та звернись до лікаря



Переклад: Анастасія Бикова-Шелевицька

I етап медсестринського процесу



II етап медсестринського процесу



38
Паротитная инфекция.
Двусторонний орхит.



Проблеми пацієнта

- Гіпертермія.
- набряк привушних слинних залоз.
- Біль при жуванні.
- Головний біль.
- Нудота, блювання

III етап медсестринського процесу

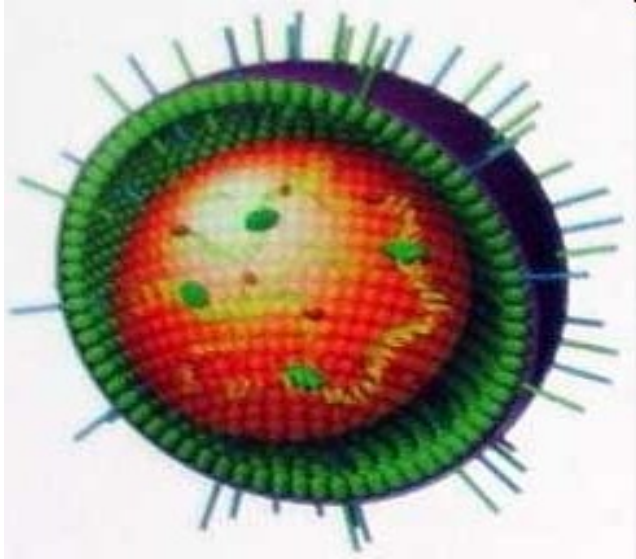
ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ

МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом
- Виконання лікарських призначень
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду



IV етап медсестринського процесу



ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ

- Ізоляція дитини на 9 днів.
- Годувати дитину термічно, хімічно щадною їжею.
- Здійснювати догляд за слинними залозами.
- Систематичний контроль за температурою тіла.
- Виконання лікарських призначень: дезінтоксикаційна терапія , дегідратаційна терапія, симптоматична терапія.



V етап медсестринського процесу

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ

- Зникнення інтоксикації, покращання загального стану
- Зникнення набряку привушних слинних залоз.
- Корекція мед сестринських втручань можлива при різних ускладненнях: треба пам'ятати про панкреатит, орхіт та епідидиміт, серозний менінгіт, менінгоенцефаліт, неврит черепних нервів, полірадикулоневрит.



Кашлюк

- гостре інфекційне захворювання, яке спричинюється паличкою Борде - Жангу. Головними проявами його є кашель з поступовим розвитком нападів спазматичного характеру, який закінчується відходженням тягучого мокротиння, блювання





Етіологія: грамнегативна паличка
Bordetella pertussis

Джерело інфекції: хворі останні дні інкубації,
протягом 30 днів з часу захворювання

Шлях зараження: Краплинний

Механізм передачі: повітряно-краплинний при
тривалому контакті.

Вікові категорії, що вражаються найчастіше:
немовлята, діти раннього віку

Вид імунітету після перенесеного тривалий,
пожиттєвий.



Паличка Борде - Жангу



ЗБУДНИК – *bact. Haemophilus pertussis* (паличка Борде-Жангу), овоїдна паличка, нерухома, грамнегативна, малостійка в навколишньому середовищу. Для *виділення кашлюкової палички* використовують середовище Борде-Жангу чи кров'яний агар з додавання *пенициліну*.



Bordetella pertussis

ПАТОГЕНЕЗ

Вхідні ворота - слизові дихальних шляхів

**Бронхогенне розповсюдження по дрібним бронхам і
бронхіолам без бактеріємії**

**Підвищення збудливості рецепторів слизових дихальних
шляхів**

**Формування застійного вогнища збудження в кашльовому
центрі**

**Зміна ритму дихання і з'явлення характерного спазматичного
кашлю**

Гіпоксемія та гіпоксія

Гіпоксична енцефалопатія



Критерії тяжкості:

○ Легка форма:

- частота нападів кашлю - до 15 на добу, число репризів – до 5;
- напади кашлю короткі;
- загальне самопочуття хворого не порушується.

○ Середньотяжка форма:

- частота нападів кашлю - до 25 на добу, число репризів – до 10;
- напади кашлю тривалі;
- часто наприкінці нападів виникає блювання;
- загальне самопочуття помірно порушене.

○ Тяжка форма:

- частота нападів кашлю - більше 25 на добу, число репризів - більше 10;
- напади кашлю тривалі, майже завжди закінчуються блюванням , крововиливами у шкіру, слизові оболонки, спостерігаються носові кровотечі, мимовільне сечовипускання, дефекація;
- порушення самопочуття (порушення сну, відсутність апетиту);
- наявність апное;
- наявність ознак гіпоксії (блідість, ціаноз, тахікардія);
- розвиток ускладнень.





Клініка

- **Інкубаційний період** триває у середньому 5-8 днів. Мінімальна його тривалість - 3-5 днів, максимальна – 14 днів.
- **Катаральний період** триває 1-2 тижня.
- **Період спазматичного кашлю** - продовжується 2-3 тижні. Головною ознакою цього періоду є типові напади спазматичного кашлю.
- **Період зворотного розвитку** — продовжується від 1 до 3 тижнів. Кашель втрачає типовий характер, напади виникають рідко, зникає блювання, поліпшується апетит.



Катаральний період

- Початок малопомітний, з'являється легкий кашель. Пізніше скарги на сухий, більш частий кашель, нежить, субфебрильну температуру.



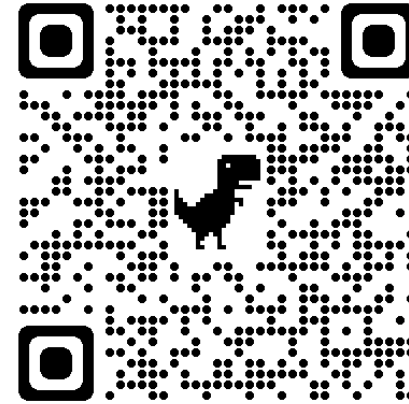
Період спазматичного кашлю

- Головною ознакою цього періоду є типові напади спазматичного кашлю, що має характерні симптоми:
- розвивається раптово, частіше вночі
- складається з серії кашльових поштовхів, що йдуть один за одним під час видиху
- такі кашльові серії змінюються судомним свистячим вдихом - репризом
- чергування кашльових серій на видиху з репризами може повторюватися від 2-3 до 20 разів
- Після закінчення класичного нападу кашлю виділяється в'язка, тягуче харкотиння, що супроводжується блюванням. У дітей раннього віку напад закінчується актом сечовиділення або дефекації. Напади повторюються від 5-8 до 50 разів на добу.



Спазматичний кашель

<https://www.youtube.com/watch?v=QVUPJwk3bvs>



[Кашлюк](#)

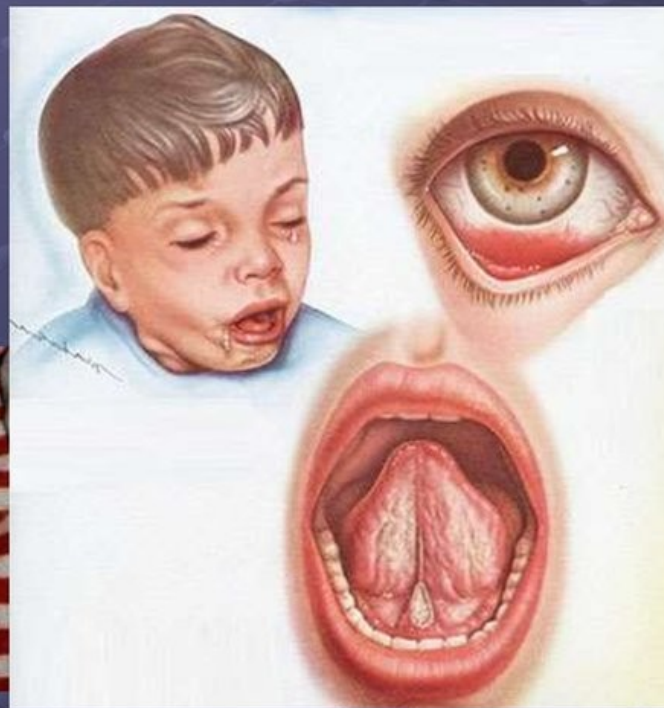
<https://www.youtube.com/watch?v=WtUfpJPK79I&t=121s>

Non-traumatic, bilateral subconjunctival hemorrhage

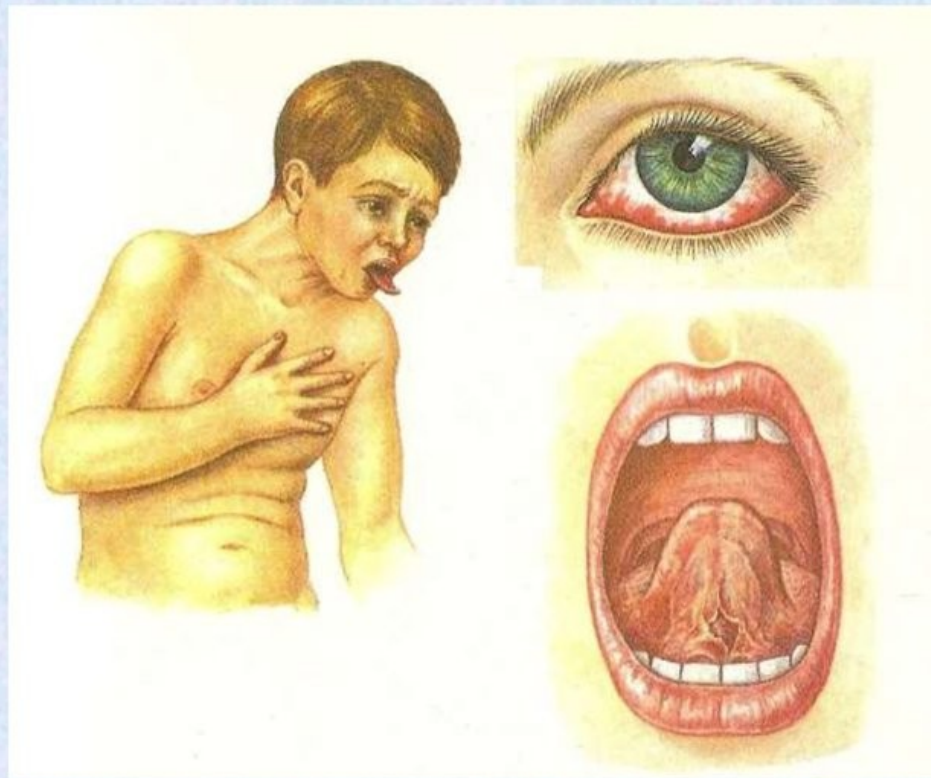


ВИГЛЯД ДИТИНИ при нападу кашлю

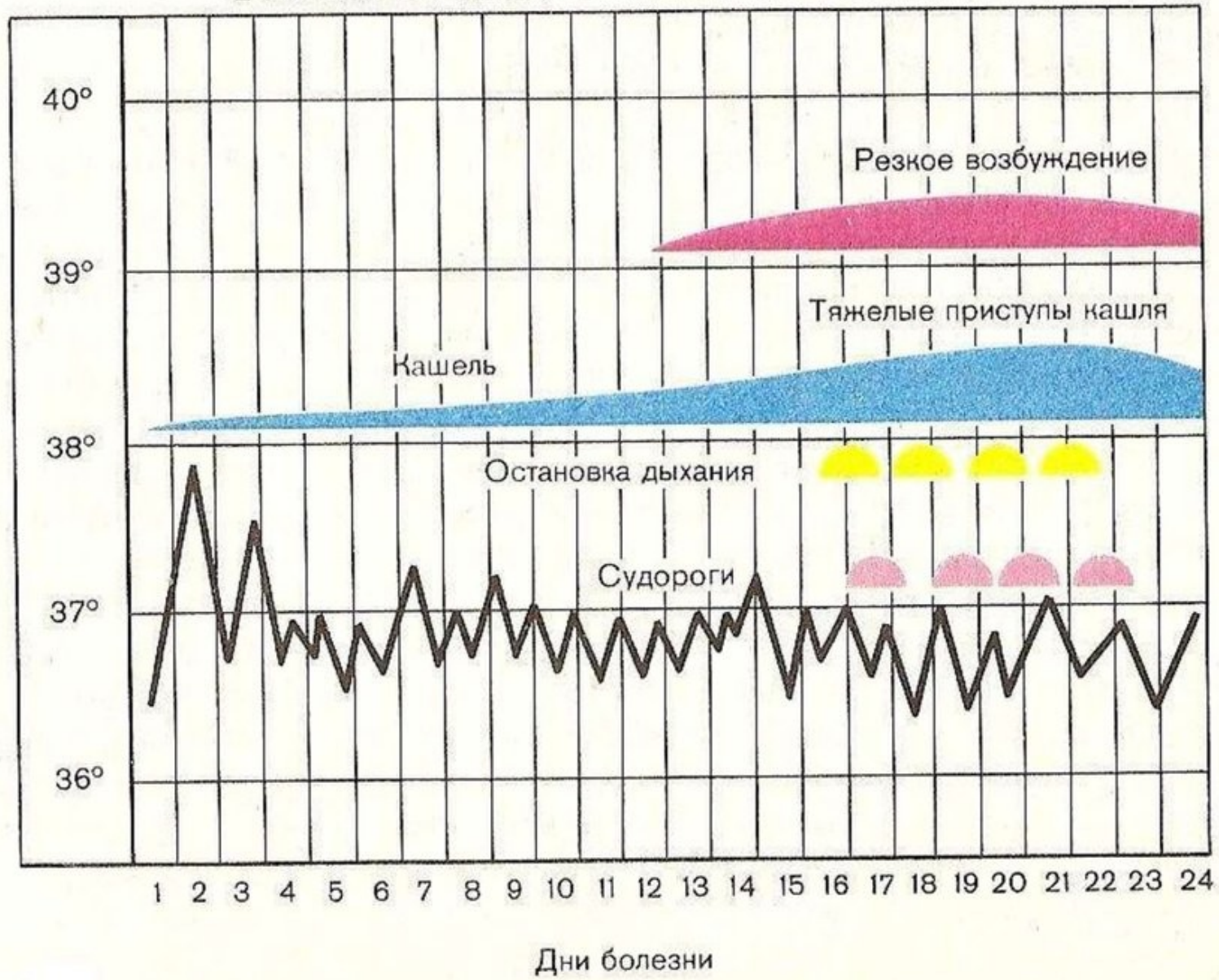
- обличчя стає червоним
- шийні вени роздуваються , пульсують
- судини очей переповнюються кров'ю, з'являються сльози
- язик висунутий
- виділяється велика кількість слини



Клиника



ТЕМПЕРАТУРНАЯ КРИВАЯ



.Мати дитини 5 років звернулася на прийом зі скаргами на те, що в дитини підвищилась температур тіла до 38°C, з'явився сухий кашель, переважно вночі, після кашлю - блювання. Щодня кашель частішає і складається із серії видихуваних поштовхів з глибоким свистячим вдихом. Напади кашлю до 10-15 разів на добу. Обличчя дитини набрякле. Крововиливи в склеру очей.

Яку хворобу можна запідозрити:

- A* Пневмонія**
- B* Кашлюк**
- C* Стенозуючий ларинготрахеїт**
- D* Обструктивний бронхіт**
- E* Бронхіальна астма**

На прийом до фельдшера ФАПу прийшла мати з дитиною 8 років. Відмічається підвищення температури тіла, блювання, загальна слабкість, біль при ковтанні. При огляді виявлено гіперемію і набряк слизових зіву, мигдалики збільшені, вкриті сірим нальотом, який важко знімається. У календарі щеплень виявлено порушення термінів введення АКДП.

Ваш орієнтовний діагноз?

- A* Дифтерія
- B* Епідемічний паротит
- C* Стоматит
- D* Ангіна
- E* Скарлатина

Ускладнення

- Пневмонія, енцефаліт, менінгіт.
- У маленьких дітей ускладнення викликають загрозливі для життя стани – зупинка дихання



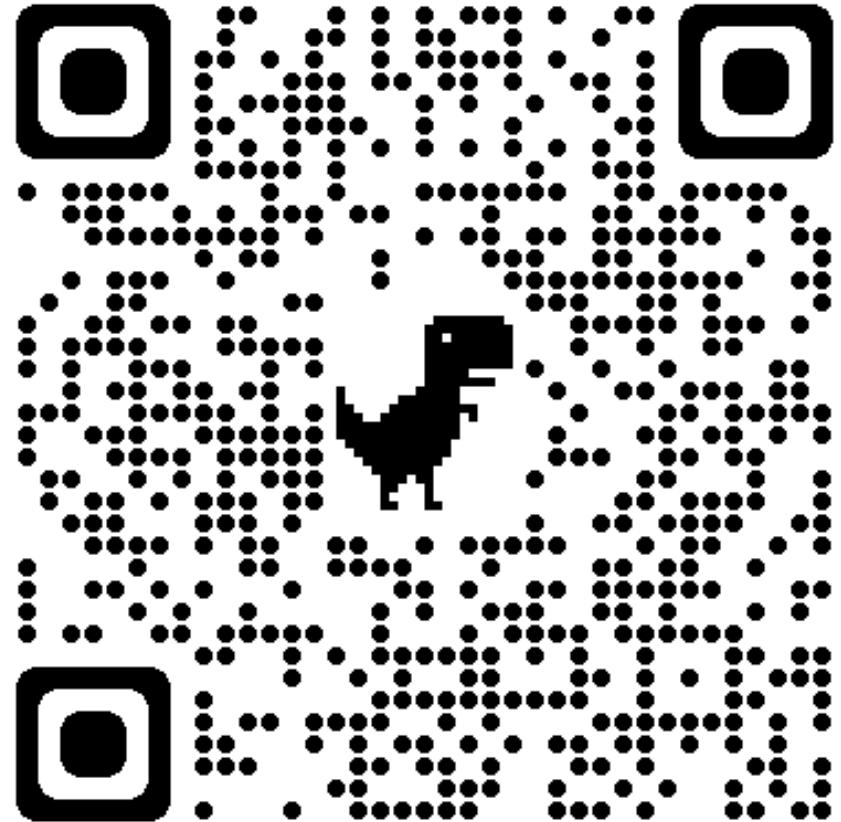
Медицина діагностика.

- Епідеміологічний анамнез.
- Клінічні прояви відсутність підвищення температури тіла, спазматичний кашель з репризами, характерний вигляд дитини.
- Рентгенологічне дослідження - горизонтальне положення ребер, підвищена прозорість легеневого поля, низьке стояння діафрагми, розширення легневих коренів, посилення легеневого малюнка у вигляді лінійних тяжів
- Загальний аналіз крові - лейкоцитоз, помірне збільшення ШОЄ
- Серологічні реакції - в яких спостерігається наростання титру антитіл.
- Бактеріологічне дослідження збудника в перші тижні захворювання - метод кашльових пластинок



Діагностика

- <https://www.youtube.com/watch?v=hPaTjI6sX0Q>



Діагностика:

- 1. Загальний аналіз крові - лейкоцитоз, лімфоцитоз, нормальне ШОЕ;
- 2. Бактеріологічний - виділення *B. pertussis* із слизу з носогорла;
- 3. Позитивна РСР на *B. pertussis* (матеріал носоглоткового слизу);
- 4. Серологічний метод - виявлення антитіл класу IgA та IgM до *B. pertussis* в крові.



Ви повинні провести забір матеріалу з носоглотки на чашку Петрі для виявлення палички Борде-Жангу.

При якому найбільш імовірному діагнозі проводиться таке дослідження?

- A* При кашлюку**
- B* При туберкульозі**
- C* При дифтерії**
- D* При менінгококовій інфекції**
- E* При скарлатині**

Лікування:

1. Режим - підтримання оптимального повітряного режиму (часті провітрювання, вологе прибирання). При легких та середньо-тяжких формах призначається тривале перебування на свіжому повітрі.

2. Дієта - добовий об'єм їжі зберігається, збільшується число годувань.

3. Етіотропна терапія.

Всім хворим в перші 3 тижні від початку захворювання призначається **еритроміцин** або інші **антибіотики** з групи макролідів.

Тривалість курсу - 14 днів (**азитроміцину** - 5 днів).

Препаратом другого ряду (при непереносимості макролідів):
ампіцилін, які призначаються тривалістю 14 днів.

Призначення етіотропної терапії у строках після 3 тижнів від початку захворювання вирішується індивідуально.

При тяжких формах:- **аміназин** 1-2,5 мг/кг/добу на 2-3 введення перед денним і нічним сном;

Профілактика.



Неспецифічна:

- своєчасне діагностування кашлюку.
- надсилання повідомлення до СЕС
- встановлення карантину на 14 днів
- санітарно-протиепідемічний режим - провітрювання, вологе прибирання з дезрозчинами, заключна дезінфекція не проводиться
- ізоляція хворої дитини на 25 днів від початку захворювання
- у разі підозри на кашлюк - бактеріологічне обстеження



I етап медсестринського процесу

Медсестринське обстеження

- **Скарги матері-**
- Субфебрильна температура
- Нежить
- Сухий кашель

Об'єктивно

температура тіла
субфебрильна;
напад кашлю
закінчується блюванням;
- в'язке тягуче харкотиння

Анамнестичні

• данні

- контакт з хворою
 - дитиною;
- відсутність
- Щеплення

II етап медсестринського процесу

Проблеми пацієнта

- Кашель.
- Субфебрилітет.
- Нежить.
- Блювання.
- В'язке, тягуче харкотиння.



III етап медсестринського процесу

ВИЗНАЧЕННЯ МЕТИ

МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ

- Підготовка пацієнта та взяття матеріалу для лабораторних досліджень
- Догляд та медсестринське спостереження за пацієнтом
- Виконання лікарських призначень
- Навчити матір пацієнта маніпуляціям по догляду



IV етап медсестринського процесу

ПЛАНУВАННЯ ОБСЯГУ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ

- Ізолювати дитину на 30 днів.
- Взяття харкотиння методом кашльових пластинок.
- Годувати дитину механічно, хімічно щадною їжею.
- Здійснювати догляд за ротовою порожниною.
- Систематичний контроль за температурою тіла, частотою дихання, АТ.
- Виконання лікарських призначень: антибіотикотерапія , аеротерапія, вітамінотерапія, дезінтоксикаційна терапія , спазмолітики, нейроплегіки, симптоматична терапія.



Язва язечки язика, що виникає через травмування язика при конклюшному кашлі



V етап медсестринського процесу

- ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА КОРЕКЦІЯ ДОГЛЯДУ
- Зникнення інтоксикації, покращання загального стану
- Зникнення кашлю.
- Корекція мед сестринських втручань можлива при різних ускладненнях: треба
 - пам'ятати про пневмоторакс, емфізема легень, енцефалопатії, менінгізм, пупкової та пахової гриж, випадання прямої кишки, носових кровотеч, крововиливів у шкіру, кон'юнктиву та в тканини головного мозку

Інфанрикс™

вакцина для профілактики кашлюку, дифтерії та правця
р.п. №261/01-300200000



Інфанрикс™ іпв

вакцина для профілактики кашлюку, дифтерії, правця та поліомієліту
р.п. №458/04-300200000



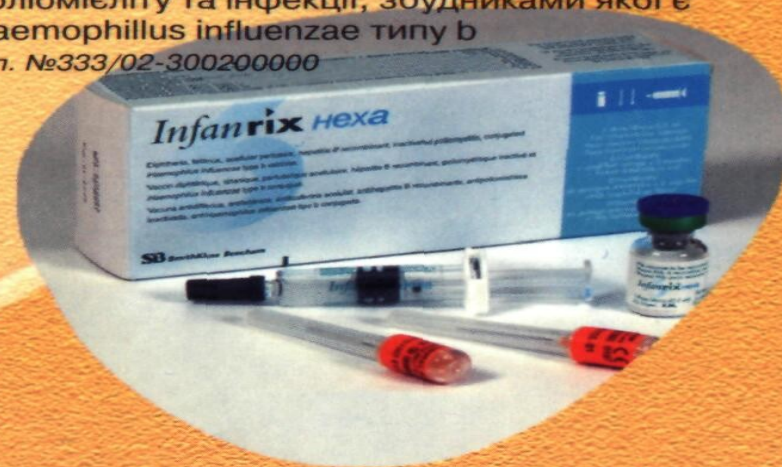
Інфанрикс™ пента

вакцина для профілактики кашлюку, дифтерії, правця, гепатиту В та поліомієліту
р.п. №348/03-300200000



Інфанрикс™ гекса

вакцина для профілактики кашлюку, дифтерії, правця, гепатиту В, поліомієліту та інфекції, збудниками якої є Haemophilus influenzae типу b
р.п. №333/02-300200000



GlaxoSmithKline

І
М
У
Н
О
П
Р
О
Ф
І
Л
А
К
Т
И
К
А

гостре інфекційне захворювання,
яке спричинюється паличкою
паракашлюку.

Паракашлю к



ЕТІОЛОГІЯ

- *B. parapertussis* – аеробна нерухома грамнегативна паличка, від кашлюкової диференціюють за допомогою специфічних аглютинуючих сироваток.
- Збудник паракашлюку (*Bordetella parapertussis*) в 1937 році виділили і описали Eldering та Kendrick

КЛІНІКА

- **Клінічна картина при кашлюку та паракашлюку в більшості випадків дуже схожа. Різниця їх в тому, що паракашлюк має більш легкий перебіг, ускладнення зустрічаються рідко, а летальність майже дорівнює нулю.**

Дифдіагностика кашлюку та паракашлюку



ДІАГНОСТИКА

- **Специфічна лабораторна діагностика кашлюку і паракашлюку може здійснюватись трьома методами:**
 - бактеріологічним, при якому виділяють збудника зі слизу задньої стінки глотки;
 - серологічним, при якому визначають специфічні антитіла в сироватці хворого або особи, що перехворіла
 - методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Бактеріологічний метод обстеження та ПЛР є методами ранньої діагностики захворювань, серологічний – використовують для ретроспективного встановлення діагнозу.

ЛІКУВАННЯ

- Госпіталізації підлягають пацієнти з середньотяжким та тяжким перебігом захворювання. Харчування має бути висококалорійним та дробним. Приміщення слід часто провітрювати. Хворим рекомендовані тривалі прогулянки на свіжому повітрі.

ЛІКУВАННЯ

- Для етіологічного лікування використовують макроліди (еритроміцин , азитроміцин , кларитроміцин , рокситроміцин – курсом 5–7 днів)
- Ефективність протикашльових, відхаркуючих препаратів і легких седативних засобів – сумнівна; їх слід застосовувати обережно.
- Гормонотерапія призначається лише при тяжкій формі захворювання: преднізолон , гідрокортизон , дексазон курсом 3–5 діб.
- Специфічний протикашлюковий γ -глобулін доповнює успішне лікування на ранній стадії захворювання.
- При клінічно виражених симптомах гіпоксемії та гіпоксії показана оксигенотерапія

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

