

Лекція № 8

Тема лекції: ДИФТЕРІЯ

Мета:

Навчальна:

Знати:

1. Дифтерію. Визначення хвороби, актуальність.
2. Етіологію. Епідеміологію.
3. Патогенез.
4. Класифікацію дифтерії.
5. Перебіг хвороби, симптоматику різних форм.
6. Дифтерійний круп.
7. Ускладнення.
8. Специфічну діагностику.
9. Лікування. Необхідність госпіталізації. Значення режиму. Специфічне лікування. Патогенетичне лікування. Правила виписування зі стаціонару. Диспансеризацію.
10. Профілактику і протиепідемічні заходи.
11. Етапи медсестринського процесу.

Вміти:

1. Охарактеризувати дифтерію. Дати визначення хвороби, актуальність.
2. Розповісти про етіологію, епідеміологію.
3. Охарактеризувати патогенез.
4. Дати класифікацію дифтерії.
5. Розповісти про перебіг хвороби, симптоматику різних форм.
6. Розповісти про дифтерійний круп.
7. Назвати ускладнення.
8. Назвати методи специфічної діагностики.
9. Розповісти про лікування. Необхідність госпіталізації. Значення режиму. Специфічне лікування. Патогенетичне лікування. Правила виписування зі стаціонару. Диспансеризацію.
10. Розповісти про профілактику і протиепідемічні заходи.
11. Розповісти про етапи медсестринського процесу.

Виховна: виховати у здобувачів освіти відповідальність за доручену справу, ознайомити з наслідками порушення своїх функціональних обов'язків.

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість освітнім компонентом, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

Спеціальні компетентності:

СК. 2. Здатність до вміння задовольняти потреби пацієнта протягом різних періодів життя (включаючи процес умирання), шляхом обстеження, діагностики, планування та виконання медичних втручань, оцінювання результату та корекції індивідуальних планів догляду та супроводу пацієнта.

СК. 4. Здатність до співпраці з пацієнтом, його оточенням, з іншими медичними й соціальними працівниками на засадах сімейно-орієнтованого підходу, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 8. Здатність до використання інформаційного простору та сучасних цифрових технологій в професійній медичній діяльності.

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

СК. 13. Здатність до використання професійно профільованих знань, умінь та навичок для здійснення санітарно-гігієнічних і лабораторних досліджень, протиепідемічних та дезінфекційних заходів.

СК. 15. Здатність до здійснення профілактичних втручань, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинацію згідно з календарем профілактичних щеплень та екстрену імунопрофілактику, включаючи її популяризацію.

Результати навчання:

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

РН. 2. Застосовувати сучасні цифрові та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів професійної діяльності.

РН. 4. Вести медичну документацію за формами, встановленими нормативно-правовими документами.

РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.

РН. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.

РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги.

РН. 13. Надавати екстрену та невідкладну долікарську медичну допомогу.

РН. 15. Надавати консультативну допомогу та здійснювати навчання населення щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування, вакцинації; забезпечувати реабілітацію реконвалесцентів та диспансеризацію пацієнтів.

РН. 16. Вживати заходи, спрямовані на специфічну та неспецифічну профілактику захворювань.

РН. 17. Вживати протиепідемічні заходи в осередку інфекційних та особливо небезпечних захворювань при здійсненні професійної діяльності.

РН. 18. Дотримуватися правил ефективної взаємодії в команді для надання якісної медичної допомоги різним категоріям населення.

РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції:

1. Дифтерія. Визначення хвороби, актуальність.
2. Основи етіології і епідеміології дифтерії.
3. Класифікація дифтерії.
4. Основні клінічні ознаки.
5. Проблеми пацієнта.
6. Ускладнення.
7. Сестринська оцінка загального стану хворого на дифтерію
8. Лабораторна діагностика.
9. Принципи лікування.
10. Догляд за пацієнтом.
11. Профілактика дифтерії і протиепідемічні заходи.

Зміст лекції

ДИФТЕРІЯ

Дифтерія – гостра бактеріальна інфекційна хвороба, що спричиняється токсигенним штамом корінебактерій з повітряно-крапельним шляхом передачі, характеризується дифтеритичним або крупозним запаленням переважно верхніх дихальних шляхів, з утворенням фібринозних плівок, а при деяких формах – токсичним ураженням серця, нервової системи, надниркових залоз, нирок.

Актуальність. Останнім часом в Україні загострилась проблема інфекційної захворюваності, у тому числі інфекцій, що керуються засобами специфічної вакцинопрофілактики. Аналіз основних показників напруженості епідпроцесу дифтерії та правця (вакцинація проти яких проводиться в основному одними і тими ж комплексними вакцинами) за останні 10 років виявив загрозливі тенденції. 2018 року в Україні на дифтерію захворіло 7 осіб, більшість у липні — серпні, той час як впродовж усього 2017 року випадків даного захворювання не виявляли. Інтенсивний показник захворюваності сягнув 0,02 на 100 тисяч населення, чого не спостерігали з 2011 року. Загалом за період із 2008 року, згідно з даними офіційної статистики, було 135 випадків дифтерії, причому в основному серед дорослих ($83,7 \pm 3,2$ % осіб, що захворіли). З 2009 до 2015 року включно кількість випадків дифтерії серед дитячого населення становила 1–2 на рік. У 2016 р. дифтерії серед дітей не реєстрували взагалі порівняно з 4 випадками серед дорослих. Водночас найвищі показники носійства корінебактерій дифтерії впродовж періоду спостереження були серед дітей віком 10–14 та 15–17 років.

Ситуація щодо правця в Україні у 2018 році також погіршилась: за 8 місяців виявлено 12 випадків порівняно з 10 випадками за аналогічний період 2017 року; інтенсивний показник зріс з 0,02 до 0,03 на 100 тис. населення. Виявлено несприятливу тенденцію до «помолодшання» правця. Серед дорослих, які захворіли, більше 30 % становили особи віком молодше 60 років, що нетипово для країн із налагодженою системою вакцинопрофілактики. Вкрай тривожною ознакою є те, що впродовж останніх восьми років поспіль на правець хворіють діти. У 2016 році кількість зареєстрованих випадків правця серед дітей перевищила кількість випадків серед дорослих. Упродовж 2016 р. — 8 місяців 2018 року дитячий правець в основному асоціювався з віковою групою 5–9 років, причому повідомлялось про тяжкі та середньотяжкі форми захворювання, а також про окремі летальні випадки. Викликає здивування той факт, що правець серед дітей останнім часом реєструється в декілька разів частіше, ніж дифтерія — інфекція з повітряно-крапельним шляхом передачі. Таким чином, виявляються ознаки того, що в Україні поступово втрачається керованість дифтерії та правця і, імовірно, вже створились передумови для можливої активізації епідпроцесу дифтерії в короткостроковій перспективі. Єдиним виходом з цієї ситуації є дотримання календаря щеплень та щеплення за епідпоказниками.

Етіологія: збудник корінебактерія дифтерії або паличка Леффлера, нерухлива, грампозитивна, в мазку нагадує римські букви V, N, W через з'єднання паличок між собою, на кінцях має булавовидні потовщення. Продукує сильнодіючий екзотоксин а також нейрамінідазу та некротизуючий фактор, які призводять до набряку мигдаликів та шиї, утворення фібринозної плівки та ураження серця, нервової системи, надниркових залоз, нирок. Вхідними воротами інфекції є слизові оболонки піднебінних мигдаликів, носа, глотки, гортані, рідше статеві органи, кон'юнктива, пошкоджена шкіра, де збудник розмножується і продукує токсин. Розрізняють біологічні варіанти збудника- gravis, mitis, intermedius. Gravis- найбільш токсигенний.

Збудний стійкий до факторів зовнішнього середовища. У краплині слини може зберігатись до 20 днів, добре переносить висушування, при низьких температурах зберігається до 6 місяців. Чутлива до високих температур та дії дезрозчинів. Особливістю збудника є здатність розмножуватись у молоці та молочних продуктах.

Епідеміологія: джерело інфекції хвора людина або бактеріоносії. Хворий починає виділяти дифтерійну паличку з останніх днів інкубаційного періоду до 10-25 дня хвороби. **Механізм зараження** повітряно-краплинний.

Шляхи зарвження:

- повітряно-краплинний
- контактний
- аліментарний (через інфіковане молоко, молочні продукти).

Частіше хворіють діти. **Сезонність** осінньо-зимова. **Імунітет** може бути досить стійким. Це керована інфекція, в результаті активної вакцинації населення можна запобігти захворюванню.

Класифікація:

- дифтерія зіву (дифтерія ротоглотки) (90%);
- дифтерія гортані (справжній круп);
- дифтерія носа;
- рідкісні форми - дифтерія очей, зовнішніх статевих органів, шкіри (рани), пупкової ранки, вуха та рота.

За ступенем токсикозу:

- нетоксична;
- субтоксична;
- токсична;
- геморагічна;
- гіпертоксична.

За поширенням нальоту:

- локалізована;
- поширена.

Клініка.

Дифтерія зіву, або дифтерія ротоглотки - Інкубаційний період від 2 до 10 днів. **Початок поступовий**, виникає головний біль, біль у горлі, який посилюється при ковтанні, збільшуються підщелепні лімфовузли, підвищується температура тіла до 38 - 39°C, виникає слабкість, блідість, тахікардія, знижується АТ. З рота відчувається гнилісний запах. При огляді зіву основними ознаками є набряклість слизової оболонки зіву, синюшний колір її, поява нальоту на одному або обох мигдаликах. Наліт щільний суцільний, сірувато-білий, блискучий з перламутровим відтінком. Він «прошиває» мигдалик. При спробі зняти наліт поверхня під ним починає кровити, виникає «кров'яна роса» через кілька годин на цьому місці знову з'являється наліт. Поверхня нальоту вища за неушкоджену слизову оболонку. Зняті плівки не розчиняються у воді та не розтираються шпателем.

Локалізована форма обмежена лише мигдаликами, **поширена** – наліт виходить на дужки, язичок, глотку, стан значно погіршується. Після введення протидифтерійної сироватки наліт зникає у вигляді «танення льоду» - від периферії до центру. Якщо лікування невчасне, можливий розвиток токсичної форми.

Токсична форма характеризується бурхливим розвитком, гіпертермією, тахікардією, зів гіперемійований з ціанотичним відтінком, нальоти та набряк на мигдаликах, затруднення дихання, виникає набряк підшкірної клітковини шиї. Виділяють три ступені токсичного набряку: до середини шиї, до ключиць – «товста шия» та нижче ключиць. Наростає задишка, ортопноє – задишка наростає у горизонтальному положенні, необхідна трахеостомія.

Катастрофічно наростають гемодинамічні розлади – тахікардія, АТ 90/50 мм рт ст, слабкість блідість, аритмія, систолічний шум у серці. Поява ритму «галопа» є поганою прогностичною ознакою. Пацієнт може раптово померти від зупинки серця. Також наростають явища гострої ниркової недостатності – олігоанурія.

Дифтерія гортані або справжній круп виникає при поширенні нальоту на слизову оболонку гортань. Розвивається частіше у дітей від одного до п'яти років. Наліт локалізується на надгортаннику, голосових зв'язках, що проявляється осиплістю голосу, гавкаючим кашлем та інспіраторною задишкою (утруднений вдих). Під час кашлю можуть відхаркуватись частинки плівки, так як в області гортані плівки легко знімаються, їх можна видаляти електровідсмоктувачем. Температура може бути субфебрильною. Надалі наростають явища стенозу – дитина неспокійна, спостерігається збудження, «крик півня», афонія, ціаноз носогубного трикутника, шумне стенотичне дихання, парадоксальний пульс (випадіння пульсової хвилі на вдиху). Якщо в цей час не зробити інтубацію або трахеостомію може розвинути асфіксія. Введення сироватки в початковій стадії може зупинити розвиток крупу.

Дифтерія носа - зустрічається частіше у дітей раннього віку. Загальний

стан мало порушений, температура субфебрильна, носове дихання затруднене, виділення з носа кров'янисто – серозні або серозно – гнійні. У порожнині носа помітні фібринозні плівки, вони можуть поширюватись на шкіру під носовими ходами, помітний набряк, шкіра під носом подразнена (мацерована).

Дифтерія ока - характеризується появою плівок на кон'юнктиві повік, набряком, гнійними, серозними та геморагічними виділеннями.

Дифтерія статевих органів - плівки з'являються на слизовій оболонці статевих органів, це супроводжується набряком.

Ускладнення

найчастіше та раннє ускладнення - **міокардит**, він у 100% випадків ускладнює токсичну форму дифтерії. Розвивається на 6-8 день хвороби. У хворого тахікардія, різка слабкість, адинамія, блідість, аритмія, серцебиття, запаморочення.

Несприятливою прогностично є **тріада Боткіна**: блювання, біль у животі та ритм галопу. Блювання виникає через гіпоксію мозку, біль у животі через перерозтягнену капсулу печінки, порушення ритму серця пов'язане з ушкодженням провідникової системи серця.

Поліневрит – це пізнє ускладнення, уражуються нерви, що проходять поруч з дифтерійним процесом, спочатку розвиваються **бульбарні розлади** у вигляді паралічу або парезу м'якого піднебіння, що проявляється гугнявленням, утрудненням при ковтанні, поперхуванням під час їжі, виливанням рідкої їжі через ніс (три «Д» - дисфагія, дисфонія, дизартрія). При **паралічі акомодатії** хворий погано розрізняє предмети, букви зливаються, можлива косоокість, птоз, асиметрія обличчя. Ці явища розвиваються між 3 та 11 днями. **Згодом приєднується картина поліневриту** з ураженням дистальних відділів кінцівок. Виникають в'ялі паралічі, «ватні» руки та ноги. Цей процес зворотній.

Ураження нирок та наднирників - **нефрит**. Легкі і середньої важкості форми дифтерії перебігають менш бурхливо.

Видужування настає на 25-30 день хвороби.

Можливі проблеми пацієнта при дифтерії

I – наявні:

- Біль у горлі, головний біль.
- Порушення ковтання через біль у горлі.
- Гіпертермія.
- Набряк шиї.
- Порушення дихання, гавкаючий кашель.
- Задишка.

- Незадоволення потреб в адекватному харчуванні через відсутність апетиту та біль у горлі.
- Порушення рухової діяльності через слабкість.
- Порушення сну.

II - потенційні:

- Тривога.
- Ризик виникнення справжнього крупу.
- Ризик виникнення міокардиту.
- Нерозуміння необхідності ліжкового режиму.
- Ризик виникнення анафілактичного шоку при введенні сироватки.
- Ризик виникнення поліневриту.

СЕСТРИНСЬКА ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ХВОРОГО ПРИ ДИФТЕРІЇ

1. Медсестра звертає увагу на положення хворого у ліжку, активність, слабкість, адекватність, стан свідомості, порушення сну.
2. Стан гемодинаміки – артеріальний тиск, пульс.
3. Вимірює температуру, частоту дихання, характер дихання, добовий діурез.
4. Колір шкіри та склер, блідість, ціаноз, липкий холодний піт, холодні кінцівки.
5. Наявність набряку підшкірної клітковини шиї, його поширеність.
6. Порушення ковтання, гугнявість голосу.
7. Порушення дихання, задишка.
8. Характер нальотів - їх локалізація, поширеність, щільність, кровоточивість при видаленні.

Діагностика:

- 1) Клініка – характерні фібринозні плівки на мигдалику.
- 2) Епіданамнез – контакт з хворою дитиною, відсутність ревакцинації.
- 3) Бактеріологічне дослідження – мазки з носа та зіву (мигдаликів) роблять натще або через 2 години після їжі, не торкаючись тампоном язика й зубів роблять забір **на межі нальоту та здорової тканини мигдаликів**; матеріал необхідно доставити до лабораторії не пізніше 2 годин після забору.
- 4) Бактеріоскопічне дослідження матеріалу взятого з носа та зіву (мигдаликів) на межі нальоту та неураженої частини.
- 5) Серологічна реакція РНГА на 7 та 15 день хвороби беруть 3 мл крові, спостерігається зростання титру антитіл.
- 6) Прискорений метод індикації токсину – реакція нейтралізації антитіл (РНА).

Лікування:

- 1) **Обов'язкова госпіталізація в інфекційний стаціонар.**
- 2) Суворий ліжковий режим до 20-25 днів.
- 3) Рідка або напіврідка повноцінна їжа.

- 4) **Введення протидифтерійної антитоксичної сироватки** за методом Безредко. Спочатку проводять внутрішньошкірну пробу з 0,1 мл. розведеної /1:100/ сироватки. Через 20 хвилин при негативній пробі /діаметр папули не більше 9 мм./ - проводять другу пробу - вводять 0,1 мл. нерозведеної сироватки підшкірно в плече, через 30 хвилин - 3 пробу - вводять 0,5 мл. нерозведеної сироватки підшкірно в плече іншої руки. Через 30 хв. при відсутності загальної реакції /підвищення температури, серцебиття, блідість шкіри, біль в поперековій ділянці/ вводять усю призначену дозу підігрітої сироватки внутрішньом'язево. Обов'язково спостерігати за станом дитини протягом доби. Пам'ятайте, що сироватку вводять тільки в умовах стаціонару. Ефект від введення сироватки виявляється вже через 12-24 години. Слід врахувати, що через 7-12 днів можливий розвиток сироваткової хвороби – поява кропив'янки, сверблячого висипу на шкірі. Під час введення сироватки слід приготувати медикаменти для надання невідкладної допомоги. У випадку позитивної шкірної проби або наявності анафілактичної реакції, сироватку вводять тільки за життєвими показниками.
- 5) **Етіотропна терапія.** Найефективнішими препаратами для лікування дифтерії є еритроміцин по 0,5 г 4 рази на добу; також можна застосовувати азитроміцин по 0,5 г за схемою або кларитроміцин по 0,5 г 2 рази на добу. Лікування має тривати до ліквідації місцевого процесу, але не менше 5-7 діб.
- 6) **Патогенетична терапія** - спрямована на зменшення вираженості загальноінтоксикаційних проявів, нормалізацію гомеостазу, серцево судинної діяльності та профілактику ускладнень. Жорстких схем патогенетичного лікування не існує. До патогенетичної терапії відноситься дезінтоксикаційна, протизапальна, антигістамінна терапія, нормалізація водно-сольового балансу, гормонотерапія тощо.
- 7) **Симптоматична терапія** – механічне видалення плівок, седативні, содові інгаляції тощо.

Догляд:

- 1) забезпечити карантинний та масковий режим;
- 2) надати пацієнту зручного положення у ліжку;
- 3) забезпечити тишу;
- 4) провести бесіду по необхідності дотримуватись суворого ліжкового режиму;
- 5) годування теплою поживною рідкою їжею (курячий бульон, суп-пюре, рідкі каші тощо);
- 6) вимірювати АТ, ЧД, Рс, t° кожних 6 годин, результати заносити в листок сестринського спостереження;
- 7) вимірювання добового діурезу при гарячці - водно-оцтові обтирання;
- 8) застосування міхура з льодом до лоба;

- 9) догляд за слизовими оболонками ротової порожнини та носа - полоскання зівом та очищення носових ходів;
- 10) зміна натільної та постільної білизни;
- 11) профілактика ускладнень;
- 12) поточна та заключна дезінфекція;
- 13) освітня бесіда з пацієнтом по режиму та харчуванню.

Профілактика дифтерії.

Попередити розвиток небезпечних ускладнень можна завдяки **вакцинації дітей**, згідно з Календарем профілактичних щеплень, і **ревакцинація дорослих кожні 10 років**. Вакцинація, як і перенесене захворювання, вже через 1–1,5 років не гарантує захисту від інфікування та захворювання, але у правильно щеплених осіб недуга матиме набагато легший перебіг, ніж у тих, хто не має щеплень. Тому так важливо вчасно здійснювати як вакцинацію, так і ревакцинацію.

Щоб запобігти розповсюдженню хвороби, потрібні раннє виявлення хворого, його ізоляція та лікування, а також виявлення та санація бактеріоносіїв.

Метою щеплення є створення антитоксичного імунітету проти дифтерії (правця), наявність якого практично ліквідує небезпеку розвитку важких форм дифтерії та допомагає зменшити захворюваність.

Вакцинація відбувається у кабінетах щеплень дільничних поліклінічних закладів (безкоштовно). Також є мережа приватних кабінетів щеплень, де можна вакцинуватися власним коштом.

Питання для самоконтролю:

1. Дайте визначення дифтерії?
2. Дайте характеристику збудника дифтерії?
3. Які особливості зараження?
4. Назвіть основні клінічні ознаки?
5. Проведіть диференційовану діагностику з ангіною?
6. Ускладнення?
7. Визначте проблеми пацієнта і дайте сестринську оцінку стану пацієнта?
8. Назвіть методи лабораторної діагностики?
9. Які принципи лікування та профілактики?

Тести:

1. Вкажіть морфологію збудника дифтерії:

1. коки, що розташовані попарно у вигляді кавових зерен
2. збудник розташований поодинокі
3. має джгутики по всій поверхні
4. утворює спори, що розташовані ексцентрично
5. нерухома паличка з булавою видними потовщеннями на кінцях

2. У хворого на дифтерію розвинувся стеноз гортані III ступеня. Виберіть необхідний захід:

1. орофарінгоскопія
2. інтубація
3. лапаротомія
4. інгаляція
5. дегідратація

3. При дифтерії ротоглотки нальоти:

1. легко знімаються шпателем, жовтуваті, слизова не кровоточить
2. важко знімаються шпателем, біло – сірі, слизова кровоточить
3. легко знімаються шпателем, брудно – зеленого кольору
4. легко знімаються шпателем, пухкі, білі, слизова не кровоточить
5. як правило, не з'являються на мигдаликах

4. На підставі яких даних можна поставити діагноз токсичної дифтерії II ступеня?

1. скарги хворого на головний біль, нездужання, біль у горлі при ковтанні
2. поширення нальоту за межі мигдалин на дужки, бокові та задні стінки глотки
3. набряк підшкірної клітковини до ключиці
4. набряк підшкірної клітковини до середини шиї
5. значне збільшення лімфатичних вузлів

5. Провідними факторами розвитку дифтерійного крупу є:

1. ураження дихального центру
2. підвищення тону м'язів гортані
3. аспіраційна асфіксія дихальних шляхів
4. набряк слизової оболонки гортані
5. набряк слизової оболонки носа

6. Що утворюється на плоскому епітелію, якщо розвивається місцевий дифтерійний процес?

1. гнійний наліт
2. яскрава гіперемія
3. фібринозна плівка
4. енантема
5. папула

7. Вкажіть інкубаційний період дифтерії:

1. 1-2 дні
2. 11-15 днів
3. 2-10 днів
4. 2-21 день
5. 7-14 днів

8. Укажіть, який матеріал необхідно взяти при підозрі на дифтерію зіву.

1. Кров

2. Відокремлюване слизуватої зіву
3. Мокротиння
4. Змив слизуватої носоглотки
5. Відокремлюване слизуватої носа

9. До якої групи мікроорганізмів відноситься збудник дизентерії ?

1. Найпростіші
2. Бактерії
3. Рикетсії
4. Віруси
5. Хламідії

10. Укажіть препарат для специфічної профілактики дифтерії.

1. Антибіотики
2. Сульфаніламід
3. Убита вакцина
4. Анатоксин
5. Жива вакцина

11. Зазначте симптоми, які відрізняють токсичну дифтерію від поширеної форми дифтерії

- 1 - лихоманка 39/40° C
- 2 - поширення фібринозних плівок за межі мигдалин
- 3 - виражені симптоми загальної інтоксикації
- 4 - набряк підшкірної клітковини
- 5 - усі симптоми характерні як для поширеної, так і для токсичної дифтерії

12. Як треба відбирати матеріал при підозрі на дифтерію ока?

- 1 - стерильним тампоном відділяємо з кон'юнктивиока
- 2 - стерильним тампоном слиз з глотки
- 3 - стерильним тампоном слиз з носа
- 4 - стерильним тампоном слиз з глотки та носа
- 5 - стерильним тампоном слиз з глотки другим стерильним тампоном слиз з носа, третім стерильним тампоном відділяємо кон'юнктиви

13. Звідки беруть мазок для лабораторного дослідження, щоб підтвердити діагноз дифтерії?

- 1 - із глотки і носу
- 2 - з-під язика
- 3 - із задньої стінки глотки»
- 4 - із носової перегородки
- 5 - із твердого піднебіння

14. Визначить заходи, які проводять у разі розвитку дифтерійного крупа II ступеню:

- 1 – теплові процедури
- 2 – зрошення ротової порожнини антисептичним розчином
- 3 – призначення анальгетиків

- 4 – відновлення прохідності дихальних шляхів
- 5 – обробка ротової порожнини розчином Люголя

15. У хворого на дифтерію спостерігається хитка хода, слабкість у руках і ногах, часткова атрофія м'язів. Які ускладнення розвинулись:

- 1. Дифтерійний міокардит
- 2. Токсичний нефроз
- 3. Поліневрит
- 4. Енцефаліт
- 5. Менінгіт

Завдання та задачі:

- 1. У хворого набряклість слизових оболонок глотки, їх нерізка гіперемія з ціанотичним відтінком, фіброзний наліт щільний, суцільний, сірувато – білого кольору.

Яке захворювання слід запідозрити?

- 2. У пацієнта 10 років на 7-й день захворювання на дифтерію з'явилися тахікардія, приглушені тони серця, задишка, аритмія.

- 1. Яке ускладнення розвинулося?
- 2. Чим воно зумовлене?

- 3. У підлітка після перенесеної дифтерії через 3 тижні з'явилась гугнявість голосу, рідина потрапляє в ніс при ковтанні.

- 1. Яке ускладнення виникло?
- 2. Який механізм його розвитку?

- 4. Хлопчик 8 років, не вакцинований. Температура нормальна, загальний стан середньої тяжкості. Виявлено помірний набряк шиї («бичача шия»), голос осиплий, дихання утруднене.

- 1. Яка форма дифтерії?
- 2. Найнебезпечніше ускладнення?

Література:

Основна:

Козько В. М. Інфекційні хвороби : підручник – Київ ВСВ «Медицина» 2019
167 – 179 ст.

Додаткова:

Чорновіл А. В. , Грицко Р. Ю. Клінічне медсестринство в інфектології з елементами епідеміології – К.: Здоров'я, 2002 201 – 207, 284 – 297 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет сайт [**https://chmfc.com.ua/**](https://chmfc.com.ua/)