

Світлана КОНДРАТЮК

ПЕДІАТРІЯ
(дитячі інфекційні хвороби)



Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка
Навчально-науковий інститут педагогіки і психології
Кафедра дошкільної і початкової освіти

Світлана КОНДРАТЮК

ПЕДІАТРІЯ
(дитячі інфекційні хвороби)

Методичні рекомендації до практичних занять
(для студентів спеціальності 012 Дошкільна освіта)

Суми 2022

УДК 616- 053.2 (075.8)

К 64

Рекомендовано рішенням вченої ради
Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка
(протокол № 9 від 19 травня 2022 року)

УКЛАДАЧ

Кондратюк С.М. – кандидат педагогічних наук, професор кафедри дошкільної і початкової освіти Навчально-наукового інституту педагогіки і психології Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка.

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Тарасенко Г.С. – доктор педагогічних наук, професор кафедри екології, природничих та математичних наук КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти»;

Рогальська-Яблонська І.П. – доктор педагогічних наук, професор кафедри соціальної роботи Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського.

К 64 Педіатрія (дитячі інфекційні хвороби): методичні рекомендації / [укладач С. Кондратюк]. – Суми: СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2022. – 90 с.

У методичних рекомендаціях подано матеріали, які містять систематизований теоретичний матеріал і завдання до практичних занять, що дозволить майбутнім вихователям засвоїти основи дитячих інфекційних хвороб і вчасно попереджати їх розповсюдження серед дитячої аудиторії у закладах дошкільної освіти.

Для здобувачів вищої освіти, вихователів закладів дошкільної освіти.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
1. ПОНЯТТЯ ПРО ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ. ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ІМУНІТЕТ, ЙОГО ВИДИ.	6
2. ІНФЕКЦІЇ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ. ЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ ТА ОТИТ У ДІТЕЙ	16
3. ІНФЕКЦІЙНІ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	27
4. ТУБЕРКУЛЬОЗ. ЗАХВОРЮВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ У ДІТЕЙ	37
5. ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ	44
6. КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ. ГЕЛЬМІНТОЗИ	56
ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76
СЛАБУС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ ПЕДІАТРІЯ	80

ПЕРЕДМОВА

Висока стресогенність соціально-економічних факторів, несприятливі демографічні процеси в нашому суспільстві, а також негативний вплив екологічних факторів, умови і спосіб життя сімей супроводжуються різким погіршенням фізичного, соматичного та психосоціального стану здоров'я дітей. Саме тому збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління нині визнані проблемами загальнодержавного масштабу.

В Україні основні підходи до збереження і зміцнення здоров'я дітей визначені у Законі України «Про охорону дитинства», у Державних національних програмах «Діти України» та «Освіта» (Україна XXI століття), міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації», національній доктрині розвитку освіти України XXI століття. Так, основним завданням національної програми «Діти України» є «створення оптимальних умов для фізичного, психічного, соціального і духовного розвитку дітей, формування гармонійно розвиненої особистості, виховання громадянина, здатного до повноцінної життєдіяльності в усіх сферах виробництва, освіти, науки і культури».

Для успішного здійснення здоров'язбереження дітей, починаючи з раннього віку, майбутній вихователь повинен оволодіти знаннями з основ педіатрії, що і передбачено освітньо-професійною програмою підготовки бакалаврів спеціальності 012 «Дошкільна освіта», де однією з провідних дисциплін є «Педіатрія». Завданням цього навчального курсу є ознайомлення майбутніх вихователів з питаннями патології та дитячих інфекцій дітей раннього і дошкільного віку; гігієнічними основами виховання здорової дитини та загартовування її організму, своєчасним виявленням, надання невідкладної долікарської допомоги. Знання профілактичних заходів і їхнє повсякденне застосування дадуть можливість вихователю своєчасно виявити та ізолювати хвору дитину, сприятимуть зниженню захворюваності дітей, а також допоможуть правильно організувати навчально-виховну та оздоровчо-профілактичну роботу у закладах дошкільної освіти.

У ході практичних занять студенти засвоять всі необхідні нормативи та правила щодо дитячих інфекцій, дотримання яких забезпечить успішне проведення навчально-виховної роботи.

У методичних рекомендаціях до практичних занять з «Педіатрії (дитячі інфекційні хвороби)» представлено перелік теоретичних питань і практичних завдань, запропоновано термінологічний словник до кожної теми та надано перелік літературних джерел.

Пропоновані методичні рекомендації складено відповідно до діючої навчальної та робочої програми і містять зміст, передмову, основну частину, бібліографічний опис та термінологічний словник.

Практичне значення створених методичних рекомендацій полягає у тому, що опанування їх змісту може стати у нагоді молодому фахівцю у процесі освітньої роботи з дітьми раннього та дошкільного віку та надасть можливість вчасно попереджати розповсюдження дитячих інфекційних захворювань.

1. Поняття про інфекційні хвороби. Особливості інфекційних захворювань. Імунітет, його види.

Термін «інфекція» походить від латинського слова *inficere* – заражаю. Отже, під інфекцією розуміють проникнення і розмноження хвороботворних мікроорганізмів в іншому організмі та їх взаємодію при різних умовах.

Інфекційне захворювання – це стан, викликаний хвороботворними мікроорганізмами (бактеріями, вірусами, рикетсіями, грибками) та виробленими ними токсинами (отрутою), які передаються від хворої людини або тварини здоровій людині. Інфекційні хвороби проявляються у вигляді епідемічних осередків.

Причина кожного інфекційного захворювання – збудник, непомітний для ока мікроорганізм: паличка або вірус, стрептокок або вібріон. Таких збудників, що здатні «атакувати» людину, є безліч.

Наступна характерна ознака для всіх інфекцій – це так звані періоди розвитку інфекційного процесу.

1. *Інкубаційний період*, або прихований, що триває від моменту проникнення інфекційного збудника в організм дитини до появи перших ознак захворювання. Іноді інкубаційний період буває від 1-2 днів до року. Протягом інкубаційного періоду відбувається розмноження й накопичення мікробів та їхніх отрут, підвищення реактивності організму до збудника.

2. *Продромальний період*: з'являються ознаки інтоксикації – підвищення температури тіла, лихоманка, порушення з боку нервової системи (головний біль, запаморочення, важкість в голові, нудота і т. п.), загальна слабкість, почуття ломоти у всьому тілі, особливо в суглобах.

3. *Період розпалу хвороби* (у такий період інфекційний процес досягає високої інтенсивності, тримається на цьому рівні певний час, що є неоднаковим при різних захворюваннях).

4. *Період реконвалесценції, тобто одужання* (при сприятливих умовах перебігу така хвороба переходить у стадію одужання, першою ознакою чого є спадання температури, поліпшення загального самопочуття і т.п. При багатьох інфекційних захворюваннях клінічне одужання не збігається за часом зі звільненням інфікованого організму від збудника хвороби).

Характерними властивостями мікроорганізмів є:

- висока ефективність зараження людей;

-
- здатність викликати захворювання у результаті контакту здорової людини із хворою або з певними зараженими предметами;
 - наявність певного інкубаційного періоду, тобто з моменту зараження до прояву певного захворювання (від декількох годин до десятків днів);
 - певні труднощі з визначенням окремих видів збудників.

Шляхи інфікування інфекції.

В організм людини збудники інфекцій можуть потрапляти різними шляхами:

- через верхні дихальні шляхи (повітряним);
- через шлунково-кишковий тракт (повітряно-крапельним);
- через проникнення у кров (в основному передаються кровоносними паразитами);
- через шкіру;
- через слизові оболонки.

Симптоми. Інфекційне захворювання в більшості випадків починається гостро (протягом 1-3 діб) або підгостро (протягом 7 днів). Як правило, на ранніх стадіях багато інфекційних хвороб за своїми проявами схожі. При інфекційному захворюванні з'являються ознаки інтоксикації – підвищення температури тіла, лихоманка, порушення з боку нервової системи (головний біль, запаморочення, важкість в голові, нудота і т. п.), загальна слабкість, почуття ломоти у всьому тілі, особливо в суглобах. По мірі одужання вираження проявів інфекційної інтоксикації зменшується. Інфекційне захворювання відрізняє швидка зміна різних симптомів: поява одних і зникнення або збільшення вираження інших протягом захворювання.

По мірі розвитку хвороби картина прояснюється: з'являються ознаки переважного ураження будь-яких органів (або органа), що дає можливість віднести дане захворювання до кишкової інфекції, інфекції дихальних шляхів і т. д. Висип на шкірі або на видимих слизових оболонках при інфекційних захворюваннях, на відміну від висипки при шкірних захворюваннях, з'являється на тлі ознак загальної інтоксикації. Лімфатичні вузли реагують на збудника інфекції помітним збільшенням і болем при натисканні. У більшості випадків ускладнення, що виникають при інфекційному захворюванні, наприклад, інфекційно-токсичний шок, ниркова та печінкова недостатність, міокардит, інфекційна енцефалопатія

і т. п., не зачіпають органи, уражені при даній хворобі, але можуть становити безпосередню загрозу для життя хворого.

Епідемія – це масове розповсюдження інфекційних захворювань людини в будь-якій місцевості чи країні, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності. *Пандемія* – епідемія, що охоплює більшу частину населення країни, групи країн, континенту. *Епідемічний процес* – безперервний ланцюг послідовно виникаючих та взаємозв'язаних інфекційних станів (хворі, носії), що проявляється у вигляді епідемічних вогнищ з хворими та носіями. Епідемічне вогнище – це місце перебування джерела інфекції з оточуючою його територією в тих межах, в яких воно може передавати хворобу.

Для запобігання захворювань проводяться такі профілактичні заходи: проведення профілактичних щеплень; карантинні заходи (під карантинном розуміється комплекс заходів щодо припинення розповсюдження інфекції, в тому числі ізоляція раніше хворих, дезінфекція місця проживання хворих, виявлення контакту інфекції з хворими та інше); вилучення джерела інфекції. Також дуже важливим фактором у запобіганні інфекційних захворювань є здоровий імунітет.

Імунітет – форма захисту людського організму для підтримання стійкості до чужорідних антигенів (мікробних, вірусних, грибкових, паразитарних, клітинних та ін.), які порушують гомеостаз, призводячи до патологічних імунних та інших фізіологічних реакцій.

Кожна клітина людського організму має свою антигенну структуру, тобто свій антиген, за яким клітини імунної системи можуть відрізнити «своїх від чужих». У випадку потрапляння бактерії чи вірусу відбуваються специфічні імунні реакції, направлені на розпізнавання та знищення чужорідних антигенів. Одним із методів їх знищення є вироблення антитіл. *Антитіла* – високо специфічні біологічно активні речовини, які забезпечують зв'язування та знищення антигенів (у цьому випадку чужорідних). Таким чином утворюється ціла система «антиген – антитіло», яка впродовж мільйонів років забезпечує універсальний захист всіх живих організмів. Але антитіла виробляються лише на антигени, з якими імунна система вже мала справу. Коли збудник потрапляє до організму перший раз, то захист спрацьовує не одразу, тому розвивається захворювання. Проте, коли відбуваються повторні атаки, універсальні клітини пам'яті передають сигнал для вироблення антитіл саме до цього антигена, який уже добре знайомий.

Види імунітету.

Вроджений імунітет – отримується від матері.

Набутий - активний – утворюється після перенесеного захворювання (природний), або після вакцинації (штучний); *пасивний* – з'являється тимчасово при введенні уже готових антитіл.

Характеристика основних форм імунітету.

Вроджений (спадковий) імунітет – стійкість організму до певних патогенних агентів, яка властива даному виду і передається спадково. Вважають, що цей вид імунітету зв'язаний з особливостями генотипу даного конкретного виду макроорганізму (неприйнятливість людини до чуми рогатої худоби, курячої холери, а тварин – до скарлатини, кору).



Видовий імунітет є наслідком тривалої еволюції взаємовідносин організму і патогена. Він може бути абсолютним і відносним та залежить від біологічних особливостей організмів, які сформувалися у процесі історичного розвитку в ході природного добору, мінливості й генетичної адаптації до умов довкілля.

Під *набутим* імунітетом розуміють специфічний захист проти генетично чужорідних субстанцій (антигенів), який здійснюється імунною системою організму через вироблення антитіл. Набутий імунітет виробляється в результаті перенесеного захворювання або вакцинації здорового організму.

Розрізняють *природний і набутий штучний імунітет*.

Природний імунітет буває активним і пасивним. *Природний активний* імунітет може виникати після перенесення інфекції і тривати місяцями, роками або все життя. *Природний пасивний* імунітет має новонароджений організм, набуваючи його від матері в період внутрішньоутробного розвитку.

Набутий штучний імунітет виробляється в результаті активної або пасивної імунізації організму. *Штучний активний* імунітет формується

під впливом вакцин і може тривати від кількох місяців до кількох років. Імунітет, зумовлений введенням в організм готових захисних речовин (антитіл) у вигляді сироваток, дістав назву *набутого штучного пасивного* імунітету.

Набутий імунітет не успадковується. Він формується щодо конкретного виду патогенного мікроба в результаті контакту з ним, тобто є суворо специфічним. Цей вид імунітету дуже стійкий; наприклад, після віспи він зберігається все життя, а після кору, висипного тифу – тривалі роки.

Неспецифічна резистентність (опірність). Під нею розуміють відносний рівень природженої стійкості організму щодо дії різних чинників: механічних, фізичних, хімічних, біологічних, у тому числі мікробів, їхніх токсинів тощо. Резистентність може бути властивою всьому організму або його окремим системам, тканинам і органам. Вона пов'язана з анатомо-фізіологічними і генетичними особливостями організму, з його механічними гуморальними і клітинними неспецифічними факторами захисту тощо.

Неспецифічна резистентність організму зумовлена такими факторами захисту, як бар'єрна функція шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів, бактерицидних речовин слини, крові, видільна система, температурна реакція тощо. Ці фактори не потребують спеціальної перебудови, а знешкоджують чужорідні тіла і речовини в основному за рахунок механічної або фізико-хімічної дії.

Розрізняють *антибактеріальну і антитоксичну, противірусну і протипаразитарну форми імунітету* (залежно від того, проти яких агентів спрямовані захисні сили організму). Хоча абсолютно автономних форм імунітету не існує, всі вони взаємозв'язані і показують свою дію в організмі за участю всіх його систем.

Щеплення (вакцинація). З метою забезпечення епідемічного благополуччя населення України та попередження інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, наказом МОЗ № 276 від 31.10.2000 року затверджено календар профілактичних щеплень. Батьки та медичні працівники повинні неухильно дотримуватись календаря, від цього залежить здоров'я дитини та стан її імунітету.

Дитина, яка не отримала щеплення, наражається на великий ризик захворіти й отримати ускладнення.

Щеплення – форма профілактичних заходів, що забезпечує створення штучного імунітету. Вона проводиться проти однієї інфекції

(моновакцинація) або 5-7 (полівакцинація). Даний захід імунопрофілактики реалізується за допомогою вакцин – лікарських препаратів, які містять ослаблені чи вбиті мікроорганізми, анатоксини (деактивовані токсини бактерій), або продукти хімічного розщеплення мікроорганізмів (так звані бактеріальні лізати).

Види вакцин.

- живі вакцини (віспа, бруцельоз, туберкульоз, туляремія);
- вбиті вакцини (черевний тиф, кашлюк);
- хімічно-модифіковані (паратиф А і В, дизентерія та ін.);
- анатоксини (дифтерія, правець, газова гангрена, ботулізм).

Штучна активна імунізація може створити достатнє напруження імунітету, на відміну від пасивної, при якій вводяться готові антитіла (імуноглобуліни), період напівжиття яких складає близько 2,5 місяців. У такому разі при наступній зустрічі із збудником їх вводять знову, що часто веде до маси різних клінічних ускладнень.

У дитячому віці проводяться комплексні вакцинації проти багатьох найнебезпечніших захворювань. А якщо є вірогідність виникнення епідемії, проводять масові щеплення препаратами, специфічними для збудника, який загрожує поширенням.

Аліментарна профілактика інфекцій така ж важлива, як і боротьба з ними. Адже навіть просто вимиті вчасно руки після відвідин убиральні або повернувшись з вулиці, може врятувати від низки кишково-інфекційних захворювань. Джерелом інфекцій може бути що завгодно, від перил на сходах і кнопок у ліфті, до грошових банкнот, які пройшли через безліч рук.

Існує лише кілька протипоказань до вакцинації:

1. Гостре захворювання, що супроводжується температурою вище 38,5°C.
2. Серйозна алергічна реакція (анафілактичний шок) на попередню дозу вакцини чи відома алергічна реакція на один із компонентів вакцини.
3. Захворювання і стани організму, при яких імунітет після введення вакцини може не сформуватися.
4. Дітям з неконтрольованою епілепсією не рекомендовано вводити цільноклітинні вакцини проти кашлюка.

Календар щеплення за віком

<i>Вік</i>	<i>Туберкульоз</i>	<i>Гепатит В1</i>	<i>Дифтерія</i>	<i>Поліомієліт</i>	<i>Кір</i>
			<i>Коклюш</i>	<i>Краснуха</i>	

			<i>Правець</i>	<i>Паротит</i>	
1 день	-	+	-	-	-
3 дні	+	-	-	-	-
1 місяць	-	-	-	-	-
3 місяця	-	+	+	+	-
4 місяця	-	-	+	+	-
5 місяців	-	+	+	+	-
6 місяців	-	-	-	-	-
12-15 місяців	-	-	-	-	+
18 місяців	-	-	+	+	-
3 роки	-	-	-	+	-
6 років	-	-	+	+	+
7 років	+	-	-	-	-

В Україні перелік протипоказань ширший. Наприклад, в Україні не можна вакцинувати дітей з підвищеною температурою. Перелік протипоказань визначений наказом Міністерства охорони здоров'я України. Наявність протипоказань до вакцинації визначається індивідуально для кожної дитини.

Практичне № 1

Тема: Поняття про інфекційні хвороби. Імунітет

Теоретичні питання:

1. Поняття терміну «інфекція». Шляхи передачі інфекції. Запобігання інфекційним хворобам.
2. Класифікація інфекційних хвороб.
3. Принципи профілактики інфекційних хвороб.
4. Імунна система організму дитини.
5. Поняття імунітету, його форми.
6. Щеплення: види, графік вакцинації дітей дошкільного віку.

Практичні завдання:

1. Дати визначення поняттям: інфекція, інфекційний процес, інфекційна хвороба
2. Дати визначення поняттям: загострення, ремісія, рецидив інфекційної хвороби.
3. Особливості інфекційних хвороб у дітей.
4. Дати визначення поняттям: механізм, шляхи, фактори передачі інфекції.

-
5. Зобразьте схематично імунітет, його види, форми і препарати для створення набутого імунітету.
 6. Дати визначення поняттям: імунітет, види імунітету, імунопрофілактика.
 7. Види вакцин. Активна і пасивна імунізація.
 8. Охарактеризуйте склад сироваток, вакцин та інших препаратів, що використовують для імунізації.
 9. Охарактеризуйте поняття «епідемія», «пандемія», «дезінфекція та її види».

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С.К. Ткаченко. – К: «Вища школа», 1991. – 442 с.
2. Кондратюк С.М., Ляна О.В. Основи педіатрії. 2-е вид., перероб. та доп. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Дошкільне навчання». – Суми:
3. Ткаченко С.К., Поцюрка Р.І. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики. – К, 2009

Допоміжна:

1. Васильев В.С., Комар В. О.- Практикум інфекціоніста. – Минск: Вышэйшая школа, 1993.
2. Инфекционные болезни тропиков/ Под ред. Сокол А. С., Киселевой А. Ф. – Киев: Здоровье, 1992.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Інфекція – це взаємодія патогенних мікробів (при сприятливих умовах) з організмом людини, тварини або рослини, внаслідок чого виникають інфекційні захворювання.

Інфекційний процес - сукупність усіх захисних і патологічних реакцій організму, які виникають у відповідь на проникнення і дію збудника.

Інфекційна хвороба – це крайній ступень прояву інфекційного процесу.

Епідемія – це масове розповсюдження інфекційних захворювань людини в будь-якій місцевості чи країні, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності.

Пандемія – епідемія, що охоплює більшу частину населення країни, групи країн, континента.

Епідемічний процес – безперервний ланцюг послідовно виникаючих та взаємозв'язаних інфекційних станів (хворі, носії), що проявляється у вигляді епідемічних вогнищ з хворими та носіями.

Епідемічне вогнище – це місце перебування джерела інфекції з оточуючою його територією в тих межах, в яких воно може передавати хворобу.

Імунітет – (immunitas – звільнення від податей, данини) – під цим терміном звичайно розуміють несприйнятливість організму до патогенних мікробів, їх отрут або яких-небудь інших чужорідних речовин.

Вакцина – це лікарський біологічний препарат, після введення якого в організмі людини утворюється специфічний імунітет до збудника інфекційного захворювання.

Щеплення — вакцинація, метод профілактики інфекційних захворювань.

Імунна система — сукупність органів, тканин, клітин, які забезпечують захист організму від чужорідних агентів; система організму, яка контролює сталість клітинного і гуморального складу організму.

Інкубаційний період — проміжок часу між моментом зараження і появою перших симптомів інфекційного захворювання. Інша назва — прихований період хвороби: людина вже заражена, але хвороба себе ще не проявила.

Генералізована інфекція –це інфекція, при якій збудники поширюються переважно лімфогематогенним шляхом(з кишечника,статевих органів) по всьому макроорганізму.

Бруцельоз (лат. brucellosis) — зоонозна інфекція, що передається від хворих тварин людині, з переважним ураженням опорно-рухового апарату, нервової та статеві системи організму. Передається людині від дрібної рогатої худоби, рідко від корів та іноді від свиней. Збудник — найдрібніші кокобацили — бруцели, які мають здатність довго зберігатися в ґрунті, молоці, маслі та ін.

Резистентність (імунітет) — стійкість організму, здатність чинити опір, несприйнятливість до будь-яких факторів зовнішнього впливу;

Синдром (грец.— нарівні, у злагоді) — сукупність симптомів з загальним патогенезом.

Симптом — це ознака чи група ознак хвороби, що характеризують відхилення від норми.

Антитіла або імуноглобуліни — білкові сполуки, які організм хребетних тварин виробляє у відповідь на антигени, чужорідні речовини, що потрапляють до крові, лімфи або тканин організму з ціллю знищити або нейтралізувати потенційно небезпечні з них — бактерії, віруси, отрути та деякі інші речовини.

Антиоксиданти - це сполуки, які захищають клітини (а точніше мембрани клітин) від потенційно шкідливих ефектів чи реакцій, які можуть викликати надмірне окислення в організмі.

Інтерферон — це білок, який імунна система виробляє в ході реакції на вторгнення в організм чужорідних мікроорганізмів.

Клітинний імунітет – противірусний захист, який здійснюється за допомогою спеціальних кліток, які знаходяться в організмі. Це такий тип імунної відповіді, в якому не беруть участь ні антитіла, ні система комплементу

Реінфекція – це повторне зараження цим же захворюванням після видужання хворого;

Симбіоз — взаємодія і співіснування різних біологічних видів.

Симптомокомплекс - це ряд симптомів, які спостерігаються у хворого в якийсь період часу.

2. ІНФЕКЦІЇ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ. ЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ ТА ОТИТ У ДІТЕЙ

Грип. Вірусна природа грипу встановлена у 1933 році англійськими вченими. Збудники – РНК – містять віруси. Вони класифікуються на три самостійних типи: А, В, С. Віруси грипу – внутрішньоклітинні паразити, високо чутливі до зовнішніх впливів: гинуть під дією прямих сонячних променів, ультразвуку, формаліну; при температурі 60°C віруси втрачають інфекційність майже миттєво.

Шляхи поширення даної хвороби:

– повітряно-крапельний або аерогенний шлях має на увазі під собою поширення хвороби разом з найдрібнішими частинками слини або слизу при кашлі та чханні на відстань до 2 метрів;

– контактно-побутовий шлях має на увазі, що від хворої людини можна заразитися через посуд, предмети побуту, при неагресивному навколишньому середовищі, в якій свинячий грип здатний виживати і поза організмом людини протягом 2 годин.

Інкубаційний період триває від декількох годин до 2 -4 днів.

Клінічні прояви і симптоми грипу у дітей. Захворювання починається гостро, раптово, з підйому температури тіла до високих цифр (39-40°C), ознобу, запаморочення, загальної слабкості, м'язових і суглобових болів. Температура досягає максимуму до кінця першої, рідше – на другу добу хвороби. Діти скаржаться на головний біль в ділянці скронь, лоба, надбрівних дуг, очних яблук; пропадає апетит, погіршується сон, трапляється марення, галюцинації, нудота, блювота. Характерні слабкі катаральні явища у вигляді покашлювання, закладення носа, мізерних виділень з носа, болю або першіння в горлі, особливо при ковтанні. У важких випадках – постійні носові кровотечі, судоми, короткочасна втрата свідомості, менінгеальні симптоми.

Класифікація грипу у дітей.

По важкості розрізняють легку, середньоважку, важку, або токсичну і гіпертоксичну, форми грипу. Тяжкість визначається ступенем вираженості загальної інтоксикації (гіпертермія, неврологічні симптоми: головний біль, запаморочення, втрата свідомості, судоми, менінгеальні симптоми, вираженість геморагічного синдрому, порушення серцево-судинної діяльності, що супроводжуються циркуляторними розладами і ураженням м'язів серця).

Легка форма грипу. До легких належать і стерті форми грипу, що протікають при нормальній температурі тіла і за відсутності будь-яких симптомів інтоксикації. У дитини при цьому можуть бути виражені тільки катаральні явища: нежить, кашель.

При середньоважкій формі грипу у дітей в наявності всі ознаки грипозної інтоксикації: озноб, головний біль, запаморочення, м'язові і суглобові болі. Температура тіла піднімається до 39,5 °С. Може виникнути сегментарна пневмонія.

При важкій формі грипу у дітей є ще більш виражені ознаки грипозної інтоксикації: затьмарена свідомість, марення, галюцинації, блювота, короточасні судоми, підвищення температури тіла до 40-40,5 °С. Можливі важкі бактеріальні ускладнення, порушення серцево-судинної діяльності, геморагічний набряк легенів, гнійно-некротичний ларинготрахеобронхіт.

Для гіпертоксичної форми грипу у дітей характерні менінгоенцефалічний, геморагічний і гіпертермічний синдроми.

Перебіг грипу у дітей.

Перебіг грипу завжди гострий. Тривалість гарячкового періоду – 3-5 днів. Зниження температури тіла зазвичай відбувається критично. З падінням температури стан дітей покращується. Можливі повторні підйоми температури тіла, проте вони зазвичай обумовлені нашаруванням бактеріальної флори чи іншої вірусної респіраторної інфекції. Загальна тривалість хвороби – 7-10 днів. Після перенесеного грипу протягом 2-3 тижнів можуть зберігатися явища післяінфекційної астенії. Діти скаржаться на підвищену стомлюваність, слабкість, головний біль, дратівливість, безсоння.

Ускладнення грипу у дітей.

Ускладнення можуть виникати в будь-які терміни від початку хвороби. Найбільш частими з них, особливо у дітей раннього віку, є отити, запалення придаткових пазух, гнійний ларинготрахеобронхіт, вогнищева або сегментарна пневмонія. Всі ці ускладнення виникають при нашаруванні на грипозну вірусну інфекцію бактеріальної флори.

Особливо важко, тривало і хвилеподібно протікають ларинготрахеобронхіти у дітей раннього віку, клінічно проявляються синдромом крупа. Вогнищеві пневмонії при грипі також завжди обумовлені приєднанням бактеріальної інфекції. З неврологічних ускладнень можуть бути менінгіт, менінгоенцефаліт і енцефаліт, рідше – невралгії, неврити.

Гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ) або застуда – це гостра респіраторна вірусна інфекція (гостре респіраторне захворювання).

Збудники. На сьогоднішній день відомо понад двохсот видів респіраторних вірусів, які можуть викликати різноманітні захворювання верхніх відділів дихальної системи (ніс, носоглотка, глотка). Часто застуда вражає і нижні дихальні шляхи (трахея, бронхи, легені).

Шлях інфікування:

- повітряно-крапельним шляхом (чхання, кашель), через слизу, в якому вірусна інфекція живе довше, ніж у повітрі або в сухому місці;
- контактнo-побутовим – через загальні предмети побуту, руки, поручні в громадському транспорті. Якщо лікування застуди не викликає ускладнень, то вона, в середньому, триває близько тижня.

Симптоми застуди. Найчастіше застуда або ГРВІ проявляє себе запаленням лімфатичних вузлів. Це болючі при натисканні ущільнення на шиї, потилиці, під нижньою щелепою, за вухами (за мочкою вуха). При застуді з'являється нежить з рясними виділеннями слизу або закладеність носа і незвичайна сухість слизової носа (при зараженні риновірусом). Виникає сухий кашель, болить горло або з'являється осиплість голосу (при вірусі парагрипу). Іноді з'являється почервоніння очей і починається сльозотеча (при аденовірусної інфекції), а також блювота і розлад шлунка (при ротавірусі). Температура при попаданні респіраторної вірусної інфекції в організм може підвищуватися від 37 до 38,5 градусів. Вкрай рідко ГРВІ проходить безсимптомно.

Етапи ГРВІ. Характерні три стадії розвитку цього інфекційного захворювання. *На першому етапі* зараження ГРВІ, температури, як правило, не буває, але з'являється дискомфорт в носі, носоглотці та горлі. Потім, *на другому етапі*, коли інфекція потрапляє в кровоток, з'являється гарячковий стан, підвищується температура, слизова губ покривається бульбашковими висипаннями (вірус герпесу), починається виснажливий лаючий кашель, посилюється біль у горлі, голові, суглобах і м'язах. Якщо не виникають ускладнення, то завершується застуда *третьім етапом* – очищенням від слизу (рясний нежить і кашель з відхаркуванням згустків слизу).

Ускладнення при застуді. Несвоєчасне або неправильне лікування застуди може викликати ускладнення. Ускладнення виникає через зараження ослабленого організму хвороботворними (патогенними) бактеріями. Ускладнення після ГРВІ проявляється вже на 7-10 день – при стабільно високій температурі – як запалення слизової носа (риніт),

носових пазух (синусит), вуха (отит), бронхів (бронхіт), мозкових оболонок (менінгіт), легень (одно- або двостороння пневмонія), нервової системи (неврит) та іншим способом. Ці ускладнення часто мають комбінований і хронічний характер, що ускладнює їх лікування.

Ангіна у дітей – гостре інфекційне захворювання – запалення піднебінних мигдаликів у ротовій порожнині.

Джерелом інфекції є людина, хвора на ангіну чи іншу стрептококову інфекцію.

Шляхи інфікування: аліментарний і повітряно-крапельний. З порожнини рота або глотки (каріозні зуби, хронічне запалення піднебінних мигдалин і ін.) відбувається ендогенне інфікування. Гнійні захворювання носа та його придаткових пазух також можуть бути джерелом інфекції.

Збудники: стрептококи, стафілококи. Рідше інші патогенні бактерії при виникненні сприятливих умов для розмноження – переохолодження, вірусні інфекції, погане харчування, перевтома.

Інкубаційний період триває від кількох годин до 2 діб.

Симптоми. Хвороба починається гостро, з головного болю, підвищення температури тіла, ломоти в суглобах, ознобу. Одночасно (рідше наприкінці 1-ї доби) з'являється біль у горлі – спочатку при ковтанні, а згодом постійний. Частий і ранній симптом ангіни – збільшення регіонарних (підщелепних) лімфовузлів, їх болючість. Обличчя гіперемійоване, часто спостерігається герпетична висипка. Гарячковий період триває 3–5 днів. З перших днів хвороби відзначають ознаки ураження серцево-судинної системи: тахікардію, приглушені тони серця, гіпотонію, іноді за грудинний біль.

За характером змін мигдаликів розрізняють катаральну, фолікулярну, лакунарну і некротично-виразкову ангіни.

Катаральна ангіна характеризується гіперемією і набряком мигдаликів, піднебінних дужок та язичка. Нагноєння лімфатичних фолікулів на поверхні мигдаликів, про що свідчать виникнення дещо піднятих абсцесів (гнійників) жовто-білого кольору, є ознакою *фолікулярної* ангіни.

Якщо в піднебінних мигдаликах накопичується гній у вигляді жовто-білих пробок або нальоту, то говорять про *лакунарну ангіну*. Частіше ці дві форми поєднуються.

При *некротично-виразковій ангіні* на мигдаликах виявляють некротичні ділянки темно-сірого кольору, після відшарування яких

утворюється глибокий дефект слизової оболонки з бугристим дном. Крім піднебінних мигдаликів можуть уражатись інші утворення лімфатичного глоткового кільця – язиковий мигдалик, лімфоїдна тканина задньої стінки глотки (бокові валики) і гортані.

Ускладнення. Міокардит (розвивається у 10 % хворих, які не лікувалися), абсцеси, отит, запалення придаткових пазух носа, гнійне запалення шийних лімфовузлів. Можуть розвинутих хронічний тонзиліт, ревматизм, гломерулонефрит, ревматоїдний артрит, геморагічний васкуліт, сепсис.

Дифтерія – бактеріальна інфекційна хвороба, що характеризується запаленням слизових оболонок верхніх дихальних шляхів і носоглотки, а також, в окремих випадках, шкіри в місцях пошкоджень. Дане захворювання може призвести до летального випадку.

Збудник дифтерії – грампозитивна нерухома паличкоподібна бактерія із потовщеннями на кінцях (булавовидна форма), стійка у зовнішньому середовищі. Добре витримує висушування – на поверхні сухих предметів і в пилу зберігається до 2 міс., у дифтерійній плівці, краплинах слини – протягом 15 днів. Під час нагрівання до температури 60°C гине через 10 хв; стійкий до низьких температур. Під впливом 10 % перекису водню гине через 3 хв; 50–60 % алкоголю – через 1 хв.

Джерело інфекції: хворі на будь-яку форму дифтерії, а також бактеріоносії.

Шляхи інфікування збудника – повітряно-крапельний. У рідких випадках інфекція передається контактно-побутовим шляхом.

Інкубаційний період коливається від 2 до 7 днів (в середньому 3 дні). Особи, які не імунізовані проти інфекції, можуть захворіти в будь-якому віці.

Симптоми. Класифікація дифтерії визначається локалізацією процесу і його клінічних проявів. Відповідно до цього розрізняють *дифтерію ротоглотки* (92 %), *гортані, носа, очей, вух, статевих органів, шкіри, рани*. У 7 % випадків трапляється комбінована форма захворювання (переважно це дифтерія ротоглотки з дифтерією іншої локалізації).

Симптоми. Перебіг хвороби може бути в атиповій (катаральній) або в типовій (з наявністю плівчастих нальотів) формі. Типова дифтерія буває локалізованою, поширеною, токсичною, гіпертоксичною і геморагічною. Винятком є дифтерія гортані, що перебігає тільки в локалізованій або поширеній формі.

Локалізована форма починається гостро – зі збільшення температури до фебрильних цифр, нездужання та незначному болю при ковтанні. Через

24-36 годин відмічається гіперемія зіва, білувато-сірі нальоти. Ці фібринозні плівки щільні, їх нелегко зняти ватним тампоном або шпателем; після зняття поверхня кровить. Відповідно стороні ураження мигдаликів збільшуються у розмірах підщелепні, а іноді й передньошийні лімфатичні вузли.

Разом з типовим перебігом локалізованої форми дифтерії з утворенням фібринозних плівок хвороба може протікати лише із катаральними проявами (гіперемія та набряклість мигдаликів, помірний біль при ковтанні, незначне збільшення регіонарних лімфатичних вузлів). Інтوكсикація при цьому мало виражена, температура зазвичай субфебрильна.

Поширена форма – *дифтерія зіва*, протікає з вираженою загальною інтоксикацією, підвищенням температури до 39°C. Відмічаються набряклість ділянки зіва та гіперемія мигдаликів, на яких, так само як на піднебінних дужках, м'якому піднебінні, слизовій носоглотки, розташовуються щільні нальоти брудного білого кольору, які важко відділяються тампоном.

Важким перебігом відрізняється *токсична форма* дифтерії зіва. Відмічається солодкуватий запах з рота, значний набряк шийної клітковини, тахікардія. При несвоєчасному або недостатньо енергійному лікуванні у хворих дифтерією зіва з 12-15 дня хвороби, а іноді дещо раніше розвивається міокардит, що проявляється тахікардією, аритмією, ритмом «галопа», розширенням серця. Пізніше, з 22-28-го дня хвороби, в окремих випадках розвивається поліневрит з парезом м'язів глотки та гортані.

Геморагічна форма протікає особливо тяжко, супроводжується носовими кровотечами, висипом на шкірі, фібринозними плівками геморагічного характеру у зіві.

Самостійно або у поєднанні з дифтерією зіва у окремих випадках, головним чином у маленьких дітей, може розвинутися *дифтерія гортані* (*справжній дифтеріїний круп*). При цьому плівчасті фібринозні накладення поширюються на слизову гортані, спричиняючи сухий кашель, осиплість голосу, далі ослаблення його до шепотіння. Подальше прогресування крупу може призвести до стенозу гортані, гострій асфіксії, кисневої недостатності, загрожуючи життю хворого. Поширена форма крупа супроводжується плівчастим ураженням гортані та трахеї, іноді з переходом плівок у бронхіальне дерево.

Ускладнення. Різні клінічні форми дифтерії можуть викликати ускладнення. Токсична форма іноді викликає зупинку серця, що розвивається навіть у такі ранні строки як 3-4-ий день хвороби. Іноді дифтерія ускладнюється паралічем м'язів гортані та глотки, порушенням акомодатції очей. Між 15-м та 22-м днем хвороби, особливо при токсичній формі дифтерії, може розвинути параліч м'якого піднебіння (хворий не може ковтати, м'яке піднебіння відвисає, голос стає гугнявим).

Кашлюк – гостре інфекційне захворювання, викликається надзвичайно заразливою бактерією.

Збудник коклюшу являє собою коротку паличку із закругленими кінцями (0,2-1,2 мкм), грамнегативну, нерухому.

Джерело інфекції: хворий, бактеріоносій.

Шляхи інфікування. Хвороба поширюється повітряно-краплинним шляхом на відстані 2–3 м. Хворіють діти частіше у віці від декількох місяців до 5–8 років.

Інкубаційний період триває від 2 до 14 днів (частіше 5-7 днів).

Симптоми. Катаральний період характеризується загальним нездужанням, невеликим кашлем, нежитем, субфебрильною температурою. Поступово кашель посилюється, діти стають дратівливими. У кінці 2-го тижня хвороби починається період спазматичного кашлю. Напади судомного кашлю проявляються серією кашльових поштовхів. Число таких циклів під час нападу коливається від 2 до 15. Напад закінчується виділенням в'язкого склоподібного мокротиння, іноді в кінці нападу відзначається блювота. Під час нападу дитина збуджена, обличчя цианотичне, вени ший розширені, язик висовується з рота, вуздечка язика часто травмується, може наступити зупинка дихання з наступною асфіксією. Період судомного кашлю триває 3-4 тижні, потім напади стають рідше і нарешті зникають, хоча «звичайний» кашель продовжується ще протягом 2-3 тижнів (період дозволу). Стерті форми коклюшу можуть спостерігатися у дітей, яким проведені щеплення.

Ускладнення. Загрозливим життю ускладненням кашлюку є пневмонія. Крім того, під час кашлю напруга тіла настільки сильна, що це може викликати грижі, випадання прямої кишки і крововилив в мозок. Протягом декількох подальших років у дитини, що перенесла кашлюк, з'являється схильність до інших захворювань дихальних шляхів, що супроводжуються кашлем.

Епідемічний паротит (свинка) – гостре вірусне захворювання, характеризується запаленням привушних слинних залоз.

Збудник – РНК-вмісний вірус, стійкий у зовнішньому середовищі. Тривалий час зберігає активність при низьких температурах, а при кімнатній температурі зберігається кілька днів. Швидко гине під дією високих температур, ультрафіолетового опромінення, при висушуванні.

Інкубаційний період епідемічного паротиту коливається від декількох днів до місяця, в середньому він становить 15-20 днів.

Шляхи інфікування: повітряно-краплинний, іноді контактно-побутовий. Джерелом інфекції є хвора людина. Заразним хворий стає в останні 1-2 дні інкубаційного періоду і в перші 3-5 днів захворювання. Вірус виділяється зі слиною і сечею, виявляється в крові та лікворі, грудному молоці.

Воротами інфекції служать слизові оболонки верхніх дихальних шляхів і, можливо, ротової порожнини, а також кон'юнктива.

Симптоми. Найчастіше захворювання починається гостро, швидко розвивається лихоманка, озноб. Лихоманка зазвичай зберігається до тижня. Відзначається симптоматика інтоксикації: головний біль, загальна слабкість, безсоння. Специфічним симптомом свинки є запалення привушних слинних залоз, нерідко страждають підщелепні і під'язикові залози. Запалення слинних залоз проявляється припухлістю, на дотик залози тістоподібні, болісні (переважно в центральній частині). Виражений набряк залози може значно деформувати овал обличчя, надаючи йому грушоподібної форми і піднімаючи мочку вуха. Як правило, захворювання вражає обидві привушні залози з проміжками в 1-2 дні, в деяких випадках запалення залишається одностороннім.

У привушній ділянці відзначають відчуття розпирання, біль (особливо в нічний час), можуть бути шум і біль у вухах (в результаті стиснення евстахієвої труби), може знижуватися слух. Іноді виражена болючість залоз заважає жуванню, відзначається знижене слиновиділення.

Біль в ділянці залоз зберігається до 3-4 днів, іноді іррадіює у вухо або в шию, пізніше поступово проходить, набряклість зменшується. Збільшення лімфатичних вузлів для епідемічного паротиту не характерне.

Ускладнення. Зазвичай гострий період епідемічного паротиту протікає легко, але пізніше можуть виявитися такі ускладнення як менінгіт, гострий панкреатит, ураження нервові і залозисті тканини.

Отит – гостре запалення середнього вуха, часте захворювання в дітей раннього і дошкільного віку. Анатомічна будова вуха дитини сприяє значно легшому потраплянню інфекції до середнього вуха.

Збудник – найчастіше бактерії (стрептококи, стафілококи тощо) чи респіраторні віруси (грипу, парагрипу, кору тощо). У порожнину середнього вуха збудники звичайно потрапляють через евстахієву трубу на тлі послабленого імунітету.

Шляхи інфікування: повітряно-крапельний.

Етіологія і патогенез. Розвитку гострого отиту сприяють захворювання верхніх дихальних шляхів – гострі респіраторні вірусні інфекції, грип, і навіть гострі інфекційні захворювання (скарлатина, кір, епідемічний паротит та інші). Розростання аденоїдної тканини, яке часто зустрічається у дітей дошкільного віку, утрудняє природний відтік із середнього вуха, ще аденоїди є місцем, де збирається інфекція (остання легко може поширитися на середнє вухо).

Гострий отит може бути катаральним і гнійним.

Симптоми. Катаральний отит перебігає у три стадії, а гнійний – у п'ять.

1. Перша стадія (*евстахіїту*). Оскільки інфекція найчастіше потрапляє саме з носоглотки, то першою вражається слухова труба, і виникає евстахіїт. На цій стадії можливі шум у вусі, відчуття закладеного вуха.

2. Друга стадія (*гострого катарального запалення середнього вуха*). На цій стадії з'являються всі симптоми гострого катарального отиту, а саме: біль у вусі, шум у вусі, відчуття закладеного вуха, можливе підвищення температури (може бути й без температури), симптоми загальної інтоксикації, гіперемія барабанної перетинки. Катаральний отит на цьому закінчується та при лікуванні переходить в останню (репаративну) стадію. Гнійний отит переходить у третю стадію.

3. Третя стадія (*доперфоративна*). На цій стадії посилюються всі симптоми попередньої. Ще більше підвищується температура, посилюються відчуття болю, закладеності та шуму у вусі, посилюються загальні симптоми інтоксикації організму, погіршується слух. Можлива ірадіація болю по гілках трійчастого нерву в глотку, ніс чи око. Ця стадія завершується розривом барабанної перетинки.

4. Четверта стадія (*постперфоративна*). Після розриву барабанної перетинки гній витікає назовні, і загальний стан трохи покращується. Знижується температура, понижується відчуття болю та шуму у вухах, але зниження слуху та відчуття закладеності певний час тривають. Після того, як гній повністю витік, отит переходить в останню стадію.

5. П'ята стадія (*репаративна*). Відновлюється слух, нормалізується температура тіла та загальний стан хворого. Катаральний отит

повністю завершується, а гнійний – через певний час після загоювання барабанної перетинки.

Практичне № 2

Тема: Інфекції дихальних шляхів. Епідемічний паротит та отит у дітей

Теоретичні питання:

1. Анатомо-фізіологічні особливості дихальної системи дітей дошкільного віку.
2. Грип.
3. Застуда. Гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ)
4. Ангіна.
5. Дифтерія.
6. Коклюш (кашлюк).
7. Епідемічний паротит та отит у дітей

Практичні завдання:

1. Намалюйте дихальну систему і позначте латинською назву органів дихання.
2. Заповніть таблицю:

Назва патології	Шлях передачі	Інкубаційний період	Симптоми	Профілактика
Грип.				
ГРВІ				
Ангіна.				
Дифтерія.				
Кашлюк				
Епідемічний паротит				
Отит				

3. Підготувати міні-презентацію (до 5 слайдів з фото) «Клінічні прояви: (на вибір) грип, застуда, ангіна, дифтерія, коклюш (кашлюк) і усно охарактеризуйте захворювання.

4. Запропонуйте словник медичних термінів до теми.

Контрольні питання для індивідуального опитування:

1. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать грип, ГРПІ?

2. Дати характеристику збудника грипу, пара грипу, рино-вірусної, респіраторної та аденовірусної інфекцій.
3. Механізм передачі грипу та інших ГРВІ. Патогенез та основних його клінічних симптомів. Класифікація грипу.
4. Охарактеризувати основні клінічні симптоми кашлюка.
5. Назвати клінічну картину епідемічного паротиту
6. Симптоми дифтерії. Профілактика.
7. Клінічна картина та ускладнення епідемічного паротиту.

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 –с. 322-380.
2. Інфекційні хвороби/За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа,1995. – с.55-70.
3. Кондратюк С. М., Лянна О. В. Основи педіатрії. 2-е вид., перероб. та доп. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Дошкільне навчання». Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2019. 202 с.

Допоміжна:

1. Васильев В.С., Комар В. О.- Практикум інфекціоніста. – Минск: Вышэйшая школа,1993.
2. Инфекционные болезни тропиков/ Под ред. Сокол А. С., Киселевой А. Ф. – Киев: Здоровье, 1992.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Грип — гостра вірусна інфекційна хвороба з періодичним епідемічним поширенням, що характеризується ураженням верхніх дихальних шляхів з переважанням трахеобронхіту та вираженою інтоксикацією з гарячкою.

Застуда — гостре ураження верхніх дихальних шляхів, що спричиняється різними вірусами.

Гострий тонзиліт (ангіна піднебінних мигдаликів) - гостре інфекційне захворювання, яке характеризується запаленням зокрема обох піднебінних мигдаликів, слизової оболонки горла, лімфаденоїдного глоткового кільця, що спричиняється деякими мікроорганізмами, здебільшого стрептококом, стафілококом та пневмококом.

Дифтерія – це гостра інфекційна хвороба, що характеризується запаленням слизових оболонок, загальною інтоксикацією і ураженням нервової і серцево-судинної систем.

Коклюш (лат. pertussis) — гостра антропоозна повітряно-краплинна бактерійна інфекційна хвороба, найбільш характерною ознакою якої є нападаподібний спазматичний кашель.

Свинка (Епідемічний паротит) — гостре високо-контагіозне інфекційне захворювання, яке характеризується лихоманкою, загальною інтоксикацією, враженням слинних залоз, а іноді статевих та інших залоз, нервової системи.

Отит - запалення середнього вуха.

Герпесвірусні інфекції— група інфекційних захворювань, спричинених вірусами сімейства (родини) герпесвірусів.

Парагрип - це гостре вірусне, респіраторне захворювання верхніх дихальних шляхів (переважно гортані), з помірно вираженою загальною інтоксикацією: температура тіла нормальна або незначно підвищена, з'являється сухий кашель, нежить і біль у горлі.

Риновірусна інфекція - гостре респіраторне захворювання, що виявляється вираженим ураженням слизової оболонки носа і слабкими симптоми інтоксикації.

Аденовірусна інфекція – це гостре інфекційне захворювання, що характеризується помірною загальною інтоксикацією, поразкою слизових оболонок верхніх дихальних шляхів, кон'юнктивітом очей, кишечника і лімфоїдної тканини.

3. ІНФЕКЦІЙНІ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Енцефаліт – запалення головного мозку. Під такою назвою об'єднують групу захворювань, що викликаються різними збудниками. У розвитку цих захворювань важливу роль відіграє зміна імунологічної реактивності організму.

Енцефаліти найчастіше спостерігаються в ранньому дитячому віці; вони бувають навіть ще у внутрішньоутробному періоді. Але прижиттєвий діагноз після народження становить важко, тільки по окремих симптомах (паралічі, недоумство), через деякий час можна подумати про енцефаліт, що мав місце у внутрішньоутробному періоді.

Гострий неепідемічний енцефаліт.

Параінфекційні енцефаліти (менінгоенцефаліти). До цієї групи захворювань належать енцефаліти, що виникають як ускладнення загальних інфекційних захворювань, найчастіше при епідемічному паротиті й кору, набагато рідше при вітряній віспі й краснусі.

Симптоми. Вони розвиваються переважно в дітей, проявляються потьмаренням свідомості від оглушення до коми й психотичними епізодами (делірій (з лат. – марення) – стан свідомості людини, що характеризується зниженням здатності зосередити увагу, порушеним сприйняттям і мисленням, сутінкове потьмарення свідомості). При корі психічні прояви захворювання більше важкі, ніж при епідемічному

паротиті. Вони характеризуються більше глибоким і тривалим потьмаренням свідомості й більше вираженими психотичними розладами.

Епідемічний летаргічний енцефаліт.

Збудник – викликається фільтрованим вірусом.

Шляхи інфікування: повітряно-краплинно, у зв'язку із чим можливі розповсюджені епідемії. Остання епідемія спостерігалася в 1916-1920 рр. і охопила більшість країн Європи.

Виділяють *гостру і хронічну стадію* хвороби.

Гостра стадія. Симптоми: поряд з розвитком маніакальних і депресивних станів характеризується патологічною сонливістю (летаргією), коли хворі сплять і вдень і вночі, але для прийому їжі їх, хоча й складно, але можна розбудити. Найбільш частою формою екзогенних психозів є делірій, що має певні особливості й характеризується жахливими зоровими галюцинаціями й фотопсіями.

Гостра стадія закінчується повним видужанням, або після більш-менш тривалого (від декількох тижнів до декількох років) періоду псевдоневрастенічних розладів (порушення сну, дратівливість, зниження настрою і зниження психічної активності (слабкість спонукань, апатія, адинамія, загальне вповільнення психічних процесів) починають виявлятися симптоми хронічної стадії.

Хронічна стадія характеризується паркінсонічними розладами, можливі нав'язливі розлади, пароксизми (посилення хворобливого припадку до найвищого ступеня) рухового порушення з імпульсивними вчинками, епізоди сновидного потьмарення свідомості. Можливі рідкі випадки тривалих галюцинаторно-параноїдних психозів.

Епідемічний весняно-літній кліщовий енцефаліт (тайговий) – інфекційне захворювання центральної нервової системи. Характерною особливістю цього захворювання є сезонність (звідки і назва). Спостерігається воно у вигляді епідемічних спалахів наприкінці весни і на початку літа.

Збудник – фільтрівний вірус передається людині через укуси кліща.

Інкубаційний період, якщо взяти до уваги роль кліщів як переносників вірусу на людину, дорівнює 10–14 дням від моменту укусу кліщем.

Шляхи зараження (у залежності від етіологічного чиннику; резервуар – зазвичай люди, лише у випадку сказу – дикі звірі (лисиці, білки, кажани) та собаки, рідше коти. Шлях інфікування – залежно від патогену – повітряно-крапельним шляхом, або при безпосередньому контакті з хворим (або його виділеннями), через вектори, у випадку сказу

через укуси хворих звірів або безпосередній контакт пошкодженої шкіри чи слизових оболонок з їх слиною.

Симптоми і форми хвороби.

Початок хвороби звичайно гострий; серед повного здоров'я з'являється головний біль, біль у потилиці, шиї, кінцівках; часто буває нудота й блювання, температура в межах 38⁰-40⁰С; шкіра суха, червона; у зіві гіперемія, нерідко спостерігається кон'юнктивіт і слезотеча, іноді світлобоязнь і пожовтіння склер.

З боку внутрішніх органів відмічається глухість серцевих тонів і болючість при пальпації печінки. З самих перших днів постійно бувають виражені і менінгеальні симптоми, при цьому дуже рано спостерігається також порушення психіки (маячення, рухове збудження, розлад пам'яті). Часто буває непритомний стан, сонливість. Відзначаються різкі гіперстезії у хворого, навіть при легкому дотику до шкіри.

Менінгіт – важке захворювання, що становить собою запалення оболонки спинного і головного мозку.

Етіологія і патогенез, збудники:

- віруси, бактерії, грибки, найпростіші;
- сепсис і родові травми – у новонароджених;
- проблеми з носоглоткою і середнім вухом у маленьких дітей (до року);
- недоношеність;
- знижений імунітет;
- захворювання нервової системи;
- травми спинного і головного мозку.

Шляхи інфікування: повітряно-крапельний, для зараження потрібен тісний контакт з хворим або бактеріоносієм.

Види менінгіту.

Менінгіти серед дітей діляться на дві групи.

1. *Гнійний.* Викликається бактеріальною інфекцією. Вражає найменших дітей, яким не виповнився навіть рік. Найчастіше починаються з сильного ознобу, підвищення температури, блювоти і головних болів. Менінгеальні синдроми при цьому дуже чітко виражені.

2. *Серозний.* Причина – вірусна інфекція. У дітей найчастіше зустрічається саме цей тип захворювання. Він може бути викликаний вірусами епідемічного паротиту (свинки у дітей), деякими кишковими вірусами. Вражає дітей від 1 до 8 років. Починається несподівано – з різкого стрибка

температури до 39-40 ° C і вище. Такий гострий період триває від 3 до 5 днів, а на повне одужання можна сподіватися через 2 тижні.

Симптоми: незважаючи на те, що всі діти можуть по-різному хворіти на менінгіт, існує низка симптомів, характерних для всіх його форм. До менінгеальних симптомів належать наступні прояви:

- головний біль, сильний і посилюється від зовнішніх чинників (гучний звук, яскраве світло);
- блювання без нудоти, ніяк не пов'язане з їжею;
- висока температура (39-40° C), що не реагує на звичайні жарознижуючі препарати;
- скарги на оніміння потилиці і спини;
- хворому зручніше лежати на боці, підібравши ноги близько до живота і закинувши голову назад;
- при менінгіті може початися висип, доходить часом до великих яскраво-червоних плям по всьому тілу.

Ускладнення після менінгіту.

Якщо менінгококова інфекція у дитини була виявлена вчасно, лікарі та батьки прийняли всі можливі заходи, спрямовані на ліквідацію захворювання, не потрібно лякатися серйозних наслідків. Якщо ж звернення в лікарню була не своєчасним, при гнійних формах, а також за наявності у малюка відхилень у здоров'ї можуть спостерігатися такі наслідки, як:

- повна глухота;
- сліпота;
- розумова і фізична затримка в розвитку;
- токсичний шок;
- набряк, набухання головного мозку;
- гостра надниркова недостатність.

Поліомієліт – це інфекційне захворювання, при якому уражається центральна нервова система, шлунково-кишковий тракт і лімфатична система, характеризується загально-інфекційним токсичним синдромом та ураженням сірої речовини спинного мозку з розвитком м'явих паралічів.

Збудник поліомієліту – вірус, який належить до групи кишкових вірусів та існує у вигляді трьох незалежних типів (I, II і III). Стійкий у зовнішньому середовищі (у воді зберігається до 100 діб, у випорожненнях – до 6 міс), добре переносить замороження, висушення. Не руйнується травним соком та антибіотиками. Гине при кип'ятінні, під впливом [ультрафіолетового опромінення](#) та дезінфікуючих засобів.

Шляхи інфікування: повітряно-крапельним шляхом, або разом з немитими продуктами і виділеннями хворої людини. Збудник захворювання досить стійкий, він здатний кілька місяців жити в молоці, овочах, у стічних водах і фекаліях.

Інкубаційний період коливається від 3 до 30 днів.

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 тижнів, з випорожненнями – 1-1,5 місяці. Найбільша заразливість хворого припадає на останні 3-5 днів інкубаційного періоду та перший тиждень хвороби.

Шляхи інфікування: фекально-оральний, але можливий і повітряно-крапельний. Основними факторами інфікування є харчові продукти і вода, рідше – повітря і побутові речі. Вхідними воротами інфекції є слизова оболонка носоглотки і кишківника.

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

Симптоми. Паралічі виникають раптово на 5-10-й день хвороби. Характер їх млявий, із зниженням тонузу м'язів, зниженням або відсутністю активних рухів, сухожильних рефлексів. Частіше пошкоджуються нижні кінцівки. Може наступити параліч м'язів тулуба і шиї. Інколи 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.

Відновний період при паралітичній (спинальній) 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, можлива деформація кінцівок і тулуба.

Ускладнення. Центральний параліч дихання, параліч ковтальних м'язів, висхідний параліч (запалення нервів спинного і головного мозку). Ці ускладнення часто призводять до смерті.

Правець – гостре інфекційне захворювання, що зумовлене дією на організм екзотоксину правцевої палички, характеризується ураженням нервової системи.

Збудником правця є грампозитивна паличка, яка здатна жити в безкисневому середовищі. Паличка відрізняється підвищеною стійкістю до впливу навколишнього середовища: у вигляді спор вона здатна зберігати свою життєздатність роками. Потрапляючи в організм людини, починає виділяти найсильніші токсини, які проникають у відростки нейронів, в центральну нервову систему, пригнічують сигнали гальмування в синапсах і, тим самим, перешкоджає вивільненню гальмівних медіаторів.

Інкубаційний період правця від 7 до 21 днів або однієї до трьох тижнів.

Шляхи інфікування: бактерії проникають в людський організм через травмовану шкіру або слизові оболонки (наприклад, при забрудненні саден і забитих місць, при занесенні скалок або при укусах тварин). В окремих випадках відбувається зараження правцем під час обробки відморожень, опіків і операційних ран.

Основним джерелом поширення правцевої інфекції є птахи, гризуни, травоядні тварини і хворі люди. Збудник міститься в шлунково-кишковому тракті носія і виводиться в навколишнє середовище разом з фекаліями.

Симптоми. Прихований період правця може тривати від кількох днів до місяця. В окремих випадках хвороба починається з продромальних явищ (тремтіння і напруги м'язів в зоні проникнення інфекції, пітливість, головного болю, дратівливості), але, найчастіше, першою ознакою хвороби стає тягучий, тупий біль в місці проникнення збудника в організм. Потім починають проявлятися й інші характерні ознаки правця:

- тризм (напруга і судомні скорочення жувальної мускулатури, що утрудняє відкривання рота);
- утруднення ковтання;
- нееластичність потиличних м'язів;
- так звана «сардонічна посмішка» (особливе напруження мимічної мускулатури: зморщений лоб, звужені щілини очей, опущені куточки рота).

Надалі симптоматика хвороби доповнюється:

- болючими судомами м'язів кінцівок і тулуба;
- постійною напругою мускулатури (яка зберігається навіть під час сну);
- одеревенінням м'язів черевної стінки;
- спазмами діафрагми і міжреберних м'язів;

– утрудненням дефекації і сечовипускання, пов'язаним з напругою м'язів кишківнику, тазового дна і сечовивідних шляхів.

Хворі відчувають сильні болі, задуху, у них різко підвищується температура, виникає посилена слинотеча і потовиділення, тахікардія і, в окремих випадках, артеріальна гіпертензія. При цьому хворі постійно перебувають у повністю ясній свідомості: марення з'являється лише незадовго до смертельного результату.

Самим небезпечним для життя хворого періодом вважається 11-14 день після прояву перших ознак недуги. У цей час у його організмі розвивається поліорганна недостатність, найважчі нейрогенні порушення, пов'язані з глибоким токсичним пошкодженням мозку, з'являється ризик асфіксії і виникнення паралічу серцевого м'яза. Безперервні судоми стають причиною виснажливого безсоння.

Сказ (водобоязнь, гідрофобія) – гостре інфекційне захворювання людини і теплокровних тварин, яке проявляється в ураженні центральної нервової системи.

Збудником сказу є фільтрівний вірус. Сказ зараховано до особливо небезпечних хвороб.

Зараження сказом відбувається в основному через укуси хворою твариною чи внаслідок попадання її слини на свіжі поранення, подряпини шкіри або слизових оболонок.

Шляхи інфікування: здебільшого від диких хижих (вовки, лисиці – 41,4 %) чи домашніх тварин (коти – 21,8 %, собаки – 15,3 %), а також сільськогосподарських тварин (20,2 %).

Потрапивши в організм дитини вірус продовжує «дрімати» ще 2-3, а то і всі 7-10 днів. Після цього в ділянці укусу з'являється печіння і відчуття обтяження, при тому що рана вже повністю зажила. Крім того, в окремих випадках на місці укусу може з'явитися почервонілий рубець і набряк цієї ділянки. У хворої дитини підвищується температура, болить голова, спостерігаються часті блювоти і нудота.

Інкубаційний період сказу триває досить довго – у середньому 1-3 місяці (хоча може тривати й до року), і перші ознаки хвороби виникають пізно, коли у мозку вже відбулися руйнівні процеси (набряк, крововилив, деградація нервових клітин), що робить лікування після вираження симптомів практично неможливим (зафіксовано лише три науково підтверджених випадків одужання після появи симптомів).

Хвороба має три періоди:

Продромальний (період провісників). Триває 1-3 дні.

Симптоми. Підвищення температури тіла до 37,2-37,3°C, пригнічений стан, поганий сон, безсоння, занепокоєння хворого. Біль у місці укусу відчувається, навіть якщо рана зарубцювались.

Стадія порушення. Триває від 4 до 7 днів.

Симптоми виражаються в різко підвищеній чутливості до найменших подразнень органів чуття: яскраве світло, різні звуки, шум викликають судоми м'язів кінцівок. Хворі стають агресивними, буйними, з'являються галюцинації, марення, відчуття страху.

Стадія паралічів. Симптоми. Настає параліч очних м'язів, нижніх кінцівок. Важкі паралітичні розлади дихання викликають смерть. Загальна тривалість хвороби 5-8 днів, зрідка 10-12 днів.

Ознаки захворювання у тварин. Головною ознакою захворювання диких тварин є зміна поведінки, насамперед, втрата відчуття страху. Звірі втрачають обережність і вдень з'являються у населених пунктах, нападають на людей і тварин. З метою попередження сказу ветеринарною службою ведеться боротьба зі сказом серед собак, знищення бродячих тварин, профілактична вакцинація свійських тварин. При несвоєчасно проведених щепленнях, які здійснюються після укусу інфікованої тварини, хвороба закінчується смертю.

Сказ дітей у ранньому віці. Найчастіше хвороба дає знати про себе відразу після укусу, причому напади порушення можуть бути відсутні. Замість цього у дітей спостерігається параліч, сонливість, депресія тощо. Летальний результат може наздогнати дитину через добу.

Практичне № 3

Тема: Інфекційні ураження центральної нервової системи

Теоретичні питання:

1. Менінгіти та менінгоенцефаліти у дітей
2. Енцефаліти
3. Поліомієліт
4. Правець
5. Сказ

Практичні завдання:

1. Заповніть таблицю:

Назва патології	Шлях передачі	Інкубаційний період	Основні симптоми	Профілактика	Назва вакцини терміни

					вакцинації
Менінгіти					
Енцефаліти					
Поліомієліт					
Правець					
Сказ					

2. Профілактика поліомієліту, правця, сказу: характеристика вакцин, терміни вакцинації.

3. Підготуйте презентацію: Історичні факти про: поліомієліт і т.д.

Дайте відповіді:

1. Хто із вчених зробив детальний опис клініки менінгокової інфекції (МІ)?
2. Назвіть збудника менінгокової інфекції, охарактеризуйте його морфологічні властивості, фактори патогенності.
3. Ускладнення менінгокового менінгіту та менінгоенцефаліту.
4. Джерело інфекції при кліщовому енцефаліті. Шляхи передачі хвороби кліщового енцефаліту. Переносники хвороби кліщового енцефаліту. Клінічні прояви.
5. Характеристика збудника правця. Особливості розповсюдження правцевої палички в природі, шляхи попадання в організм. Сприйнятливість (вікова) до правця.
6. Класифікація клінічних форм правця: генералізований, місцевий, блискавичний, гострий, підгострий, хронічний, рецидивний, "бульбарний" правець. Критерії клінічної діагностики правця.

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 –с. 322-380.
2. Інфекційні хвороби/За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа,1995. – с.55-70.
3. Кондратюк С. М., Лянна О. В. Основи педіатрії. 2-е вид., перероб. та доп. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Дошкільне навчання». Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2019. 202 с.

Допоміжна:

1. Васильев В.С., Комар В. О.- Практикум инфекциониста. – Минск: Вышэйшая школа,1993.

2. Инфекционные болезни тропиков/ Под ред. Сокол А. С., Киселевой А. Ф. – Киев: Здоровье, 1992.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Менінгіт - інфекційне захворювання, яке характерне враженням оболонок головного і спинного мозку, викликане бактеріями, вірусами та іншими причинами.

Менінгоенцефаліт — одночасне запалення оболонок і речовини головного мозку, а іноді й спинного мозку.

Енцефаліт (запалення мозку) — група захворювань, які характеризуються запаленням головного мозку .

Кліщовий енцефаліт — це природно–вогнищеве гостре інфекційне вірусне захворювання з переважним ураженням центральної нервової системи, яке може привести до інвалідності, а в окремих випадках - до летальних випадків.

Японський енцефаліт – це вірусне захворювання, яке зумовлене поліовірусом і характеризується переважним ураженням ЦНС з виникненням парезів і паралічів.

Правець (лат. Tetanus) - гостре інфекційне захворювання, що уражає нервову систему, викликає тонічні і тетанічні судоми скелетних м'язових волокон, що ведуть до асфіксії.

Сказ (гідрофобія) — гостре вірусне інфекційне захворювання людини і теплокровних тварин, яке виявляється в специфічному ураженні центральної нервової системи, що у людей та більшості вищих тварин закінчується смертельно.

Вірусемія – наявність вірусів у крові.

Кахексія – стан, що супроводжується великою втратою маси тіла за рахунок зникнення жирової клітковини, атрофії м'язів.

Репеленти – це хімічні речовини, які відлякують комах. Кліщів, гризунів; використовують у вигляді лосьйонів, кремів, аерозолів.

Трансмісивний шлях – це поширення інфекції через укуси комах.

Нейротропний вірус – це вірус, який здатен вражати нервові клітини – нейрони.

Нейроінфекції – це інфекційне захворювання, яке викликається вірусами, бактеріями, грибками і переважною локалізацією збудника є ЦНС.

Продромальний період – це початковий період хвороби, в якому з'являються перші, нечіткі, загальні прояви захворювання.

Астенія – це хворобливий стан, що виявляється підвищеною стомлюваністю і виснаженням, втратою здатності до тривалого розумового і фізичного напруження.

Інтоксикація – дія на організм токсичних речовин ендогенного та екзогенного походження.

4.ТУБЕРКУЛЬОЗ

Туберкульоз – хронічне інфекційне захворювання, яке характеризується розвитком специфічних змін у різних органах і тканинах, насамперед у легенях.

Збудником туберкульозу є мікобактерії, відкриті в 1882 р. німецьким ученим Робертом Кохом.

Інкубаційний період при туберкульозі, до появи перших клінічних ознак, різний. Він становить в середньому 6-8 тижнів і залежить від віку дитини, її індивідуальної особливості, частоти повторних інфікувань.

Шляхи інфікування: повітряно-крапельний, контактано-побутовий, трасмесівний. Аерогенне зараження буває двояке: *повітряно-крапельне (найнебезпечніше) і повітряно-пилове.*

Основним *джерелом інфекції* є хвора на відкриту форму туберкульозу людина.

Збудник потрапляє у навколишнє середовище з харкотинням хворого, при туберкульозі інших органів – з калом, сечею, гноем, слиною. Мікобактерії туберкульозу виявляють у молоці матері-годувальниці, хворої на туберкульоз. Палички Коха можуть потрапити і через ушкоджену шкіру або слизову оболонку носа чи рота, а також при вживанні в їжу молока, м'яса від хворої туберкульозом худоби.

Воротами інфекції є дихальні шляхи, травний канал, шкіра, слизова оболонка мигдаликів тощо. Найчастіше мікобактерії проникають в організм через дихальні шляхи, тобто аерогенно (80-90 %).

Патогенез. Коли бактерії потрапляють в організм людини, це означає його зараження, але не захворювання. Зазвичай на туберкульоз захворюють люди, організм яких послаблений попередніми захворюваннями, які знижують опір організму (грип, діабет та інші), поганим харчуванням, санітарно-гігієнічними умовами життя.

Симптоми. Прояви хвороби залежать від стану організму, характеру та ступеня ушкодження окремих органів і систем. Загальними ознаками для всіх форм хвороби є: підвищення температури, потовиділення вночі, погіршення сну і апетиту, втрата ваги, дратівливість, зниження працездатності. При туберкульозі легень також спостерігається кашель, сухий або з виділенням мокротиння, може виникнути легенева кровотеча.

ТЕМА: ТУБЕРКУЛЬОЗ

Теоретичні питання:

1. Історія хвороби.
2. Поняття про туберкульоз. Етіологія. Патогенез.
3. Шляхи зараження.
4. Особливості протікання захворювання у дітей.
5. Розпізнання туберкульозу у дітей.
6. Профілактика

Практичні завдання:

1. Біографічні дані про вченого, що описав туберкульоз?
2. Характеристика збудника: «Палочка Коха»
3. Охарактеризуйте суть: Туберкулінової проби, реакції Манту, БЦЖ.
4. Протипоказання для проби Манту.
5. Туберкульозний диспансер.
6. Профілактика туберкульозу: терміни вакцинації.
7. Рентгенівський апарат. Рентгенографія легень.
8. Склад (хімічний) препаратів для вакцинації при туберкульозі.

ЛІТЕРАТУРА:

Основна:

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 – с. 564-601.
2. Інфекційні хвороби у загальній практиці та сімейній медицині/За ред.Андрейчина М.А. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2007
3. Інфекційні хвороби/За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа,1995. – с.55-70.
4. Кондратюк С. М., Лянна О. В. Основи педіатрії. 2-е вид., перероб. та доп. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Дошкільне навчання». Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2019. 202 с.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Туберкульоз (від лат. *tuberculum* — горбок), також Сухоти — інфекційна хвороба, яка викликається мікобактеріями туберкульозу і характеризується утворенням специфічних гранулом в різноманітних органах та тканинах (найчастіше у легенях) і поліморфною клінічною картиною.

Поліморфізм (від грец. *poly* — «багато» і *morph* — «форма», інколи вживається термін «морфізм») — дискретна варіація певної характеристики в межах єдиної популяції (зазвичай тварин), тобто групи організмів, що знаходяться в тій же самій місцевості та можуть схрещуватися

Гранульома — вогнищеве розростання запального походження клітин молодого сполучної тканини у вигляді невеликого вузлика.

Сенсибілізація — біологічний процес, унаслідок якого підвищується чутливість організму щодо повторної дії на нього чужорідних речовин.

Хіміотерапія — лікування якого-небудь інфекційного, паразитарного або злоякісного захворювання за допомогою отрут або токсинів, що згубно впливають на інфекційний агент — збудник захворювання, на паразитів або на клітини злоякісних пухлин при порівняно меншій негативній дії на організм господаря.

Туберкулін — діагностичний препарат, що застосовується для виявлення алергічної реакції в осіб, інфікованих туберкульозними бактеріями.

Туберкулінова проба — імунологічний тест, внутрішньошкірне введення туберкуліну, що дозволяє виявити специфічну імунну відповідь організму

Туберкулінодіагностика — специфічний діагностичний тест, що проводиться туберкуліном, для своєчасного виявлення інфікованих мікобактеріями туберкульозу та хворих на туберкульоз.

Паличка Коха (*Mycobacterium tuberculosis*) — бактерія, що викликає переважну більшість випадків туберкульозу.

Казеоз – некроз ураженої хворобою тканин, при якому вона нагадує висушену масу, схожу на сир; вид дегенерації тканини, що спостерігається при її туберкульозному ураженні.

Захворювання на ВІЛ-інфекцію у дітей

Вірус імунодефіциту людини – це довготривале інфекційне захворювання, яке розвивається в результаті інфікування вірусом імунодефіциту людини і характеризується прогресуючим ураженням імунної системи людини, що проявляється вторинними інфекціями, пухлинами та іншими патологічними проявами.

СНІД – остання стадія ВІЛ-інфекції, яка виявляється різними важкими захворюваннями, опортуністичними інфекціями, пухлинами, що розвиваються на фоні порушень імунної системи.

Етіологія. Збудник хвороби – вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) з родини ретровірусів, РНК-вмісний, генетично й антигенно неоднорідний, з великим ступенем мінливості; геном ВІЛ містить унікальний фермент – зворотну транскриптазу, який зчитує генетичну інформацію з РНК та ДНК. Збудник сферичної форми, діаметром приблизно 120 нм. Виділяють два типи: ВІЛ 1 та ВІЛ 2, які розрізняються за структурними і антигенними характеристиками. Нестійкий у зовнішньому середовищі, гине під дією всіх відомих хімічних агентів з дезінфікуючою активністю (навіть при низьких концентраціях), через 13 хвилин гине від кип'ятіння; стійкий до висушування, заморожування, УФО та іонізуючої радіації.

Інкубаційний період коливається від 2-6 тижнів до кількох років. Вважають, що на 1 хворого на ВІЛ припадає до 300 вірусоносіїв. Протягом 5 років у 1/3 вірусоносіїв виникає захворювання.

Епідеміологія. *Джерело інфекції* (резервуар) – хвора людина (у будь-якій ситуації) і вірусоносії. Вважається, що вірус може міститися майже в усіх біологічних рідинах організму. Проте його кількості недостатньо для інфікування, якщо в цих рідинах немає домішок крові. Усі біологічні рідини, що пов'язані за своїм походженням з лімфою, містять ВІЛ у високих концентраціях.

Шляхи зараження дітей ВІЛ-інфекцією:

- 1) природний – можливий від вагітної жінки до плода (трансплацентарний);
- 2) штучний – найчастіше при переливанні зараженої крові та деяких її препаратів; трансплантації інфікованих органів; при повторному використанні недостатньо очищеного та простерилізованого будь-якого медичного інструментарію (у стоматології, хірургії, лабораторній діагностиці тощо), у тому числі шприців, голок, скарифікаторів та інших інструментів.

Чинники, які сприяють парентеральному зараженню дитини на ВІЛ-інфекцію:

- імунний статус матері (чим молодший вік, тим більша імовірність зараження);
- найбільша загроза зараження плода існує в ранні терміни вагітності;
- ризик зараження плода збільшується з кожною наступною вагітністю;
- наркоманія матері підвищує ризик інфікування плода ВІЛ;
- ризик зараження плода більший при природному перебігу пологів, ніж при кесаревому розтині та при природному вигодовуванні, ніж при штучному;
- несприятливі умови для виношування дитини вагітною жінкою.

Хвороба не передається:

- через рукоштовування, через поцілунок, їжу, предмети домашнього вжитку;
- при купанні в басейні, душі, через спортивні предмети, укуси комах, при догляді за хворими.

Патогенез. Вірус здатний проникнути в середину Т-лімфоцитів, рідше в моноцити і макрофаги, де й розмножується. Відповідно до цього провідним у патогенезі є глибоке і безповоротне руйнування клітинного імунітету, що робить хворого беззахисним перед будь-якою інфекцією. У зв'язку з цим нашаровуються захворювання, викликані різними

збудниками – найпростішими, грибами, вірусами, бактеріями, гельмінтами. Знижується імунний контроль за утворенням атипових клітин, унаслідок чого часто розвиваються пухлини.

Форми ВІЛ-інфекції у дітей.

1. Вроджена інфекція (трансплацентарний шлях інфікування).
2. Набута інфекція.

Перша стадія. Після безсимптомного (інкубаційного) періоду, становить від двох до шести тижнів, у більшості частини ВІЛ-інфікованих впродовж декількох років не виявляється жодних симптомів захворювання. Проте у невеликої частини ВІЛ-інфікованих розвиваються ознаки гострої вірусної інфекції: висока температура, болі у горлі, слабкість, висипка, збільшення заушних, шийних, над-і підключичних, підпахових та інших лімфатичних вузлів та інші симптоми. Поступово усі вищезазвані симптоми згасають і ВІЛ-інфекція набуває безсимптомного перебігу. У цей час ВІЛ-інфіковані, як правило, почуваються добре, ведуть звичайне життя, проте впродовж всього часу безсимптомного перебігу вірус розмножується в організмі людини.

Збільшення лімфовузлів виявляють випадково при медичному огляді. Здебільшого вони не турбують ВІЛ-інфікованого. Вони не болячі, м'які, колір шкіри над ними незмінний. У подальшому лімфовузли можуть зменшуватись у розмірі та ставати більш щільними (твердими) проте не болять. У частини ВІЛ-інфікованих ця стадія супроводжується високою температурою (39°C і вище), лихоманкою, посиленням потовиділенням.

Друга стадія. Захворювання прогресує. ВІЛ-інфіковані можуть швидко втрачати вагу. Рівновага між імунною відповіддю організму і дією вірусу порушена, зменшується кількість Т-лімфоцитів. Спостерігають ураження слизових оболонок та шкіри бактеріями, герпесвірусами, грибами: бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів, оперізуючий лишай, стоматит, дерматит, грибкові ураження нігтів.

Третя стадія. Поступово кількість Т4-лімфоцитів зменшується, що призводить до розвитку бактеріальних, вірусних, грибкових уражень. Формуються важкі бактеріальні інфекції, ВІЛ-інфікований може багато часу проводити у ліжку – не менше 50 % денного часу через втрату сил. Можливі значні втрати ваги тіла – понад 10 %, тривала та немотивована діарея, лихоманка більше місяця.

Четверта стадія (стадія СНІДу). У 80-90 % хворих спостерігається ураження ЦНС, що спричиняє сильний головний біль, знижується зір, втрачається орієнтація, розвивається опосередкована неврологічна

симптоматика, загальмованість, депресія та прогресуюча недоумкуватість – деменція.

Таким чином для ВІЛ-інфекції характерний багаторічний перебіг хвороби. Захворюваність з часом призводить до прогресуючого зниження імунітету та, якщо його адекватно не лікувати, до важких форм захворювань.

Практичне заняття № 4.2.

Тема: СНІД у дітей

Теоретичні питання:

1. Історія СНІДу. Особливості протікання СНІДу у дітей
2. Патогенез. Епідеміологія. Форми ВІЛ-інфекції
3. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції. Діагностика.
4. Лікування. Профілактика

Практичні завдання:

1. Надайте дані про стан захворюваності на СНІД дітей в Україні.
2. Поясніть (використовуючи слайди) факти про виникнення хвороби.
3. Охарактеризуйте природжений СНІД у дітей.
4. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належить ВІЛ - інфекція?
5. Шляхи передачі ВІЛ – інфекції. Етіологія ВІЛ – інфекції.
6. Епідеміологія ВІЛ – інфекції. Патогенез ВІЛ – інфекції. Клінічні прояви ВІЛ – інфекції.
7. Принципи профілактики ВІЛ – інфекції. Постконтактна профілактика ВІЛ – інфікування.

ЛІТЕРАТУРА:

Основна

1. Андрейчин М.А. ВІЛ-інфекція (лекції). – Тернопіль, 1998. – 38 с.
2. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни. В 3х томах. К.: Здоров'я. – Т. 2, 2001. – С. 504-530.
3. Івахів О.Л., Грицко Р.Ю., Кіселик І.О. Кабінет інфекційних захворювань: Навчальний посібник. – Тернопіль, 2006. – С. 189-197.
4. Інфекційні хвороби: Підручник. /За ред. М.Б.Тітова. – К.: Вища шк., 1995. – 567 с.

Додаткова

1. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. ВІЛ-інфекція і СНІД.-2-ге вид., 3-55 перерб. і доп.-К.: Здоров'я, 2004.-636 с.
2. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 04.10.2006 № 658
3. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол) МОЗ України 2006 р.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

СНІД, або Синдром набутого імунодефіциту — важке інфекційне захворювання, спричинене вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), яке пошкоджує імунну систему людини, і таким чином знижує опірність організму проти будь-якого захворювання.

ВІЛ - інфекція — це довготривале інфекційне захворювання, яке розвивається в результаті інфікування вірусом імунодефіциту людини і характеризується прогресуючим ураженням імунної системи людини, що проявляється вторинними інфекціями, пухлинами та іншими патологічними проявами.

ВІЛ — вірус імунодефіциту людини

Імунна система — сукупність органів, тканин, клітин, які забезпечують захист організму від чужорідних агентів; система організму, яка контролює сталість клітинного і гуморального складу організму.

Аутоімунні процеси — це значною мірою хронічні явища, які призводять до довготривалого пошкодження тканин. Це пов'язано в першу чергу з тим, що аутоімунна реакція постійно підтримується тканинними антигенами.

Імунодефіцити (ІДС) — це порушення імунологічної реактивності, які зумовлені випаданням одного або декількох компонентів імунної апарату або тісно взаємодіючих з ним неспецифічних факторів.

Інфекція або заражування хворобою — стан, коли в організм потрапляє чужорідний агент — [патоген](#) ([бактерія](#), [грибок](#), [найпростіше](#), [вірус](#) або [пріон](#)), який розмножується і може здійснити хвороботворний ефект.

Онкологія (від [дав.-гр.](#) Όγκος — пухлина та [дав.-гр.](#) Logos — вчення) — розділ [медицини](#), присвячений діагностиці та лікуванню новоутворень (пухлин — [раків](#), [сарком](#)).

Антитіла або імуноглобуліни (Ig) — білкові сполуки, які організм хребетних тварин виробляє у відповідь на антигени, чужорідні речовини, що потрапляють до крові, лімфи або тканин організму з ціллю знищити або нейтралізувати потенційно небезпечні з них — бактерії, віруси, отрути та деякі інші речовини.

Сироватка крові — плазма крові, з якої видалено згортувальні білки — фібриноген.

Саркома Капоші — злоякісна пухлина на стінках кровоносних судин, що видима крізь шкіру і/або слизові оболонки.

5. ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ

Вітряна віспа – гостре інфекційне захворювання, що викликається вірусом вітряної віспи і характеризується розвитком своєрідного висипу.

Збудником вітряної віспи є вірус, який живе і розмножується тільки в людському організмі. Окрім вітряної віспи, він може викликати і оперізувальний лишай. У зовнішньому середовищі він дуже швидко гине, зате надзвичайно литючий (звідки і приходиться назва хвороби).

Джерелом хвороби є хворі вітряною віспою. Хворий заразний від початку висипання до 5-го дня після появи останніх елементів висипу.

Шлях інфікування повітряно-краплинний. Вірус з потоками повітря може поширюватися навіть на верхні поверхи, у сусідні квартири і т. п. Сприйнятливість до цієї інфекції висока. У перші 6 місяців життя діти хворіють рідко через наявність природженого імунітету, але іноді хвороба вражає і новонароджених. Описані випадки внутрішньоутробного зараження. Зазвичай захворюють діти дошкільного та молодшого шкільного віку. Для вітряної віспи характерна осінньо-зимова сезонність, що пояснюється тіснішим контактуванням дітей при відвідуванні дитячих навчальних закладів.

Інкубаційний період 11-24 дні, частіше 14-17 днів.

Патогенез. Як і при інших інфекціях, що поширюються повітряно-краплинним шляхом, вірус проникає через слизові оболонки верхніх дихальних шляхів в клітини, в яких і розмножується впродовж інкубаційного періоду. Потім віруси потрапляють в кров і розносяться по усьому організму, осідаючи, в основному, у верхніх шарах шкіри і слизових оболонках. Розмножуючись, вони викликають появу типового висипу у вигляді «бульбашок». При важкій формі такі «пухирі» можуть виникати і на внутрішніх органах (печінка, легені, нирки).

Симптоми. Поява елементів висипу при вітряній віспі відбувається одночасно з підвищенням температури тіла чи на декілька годин пізніше. Елементи висипу спочатку з'являються у вигляді плям, часто зовсім невеликих, як крапки. Вони швидко збільшуються в розмірі, середня частина здіймається над поверхнею шкіри – утворюється папула. Згодом у центрі елементів з'являються пухирці. Пухирець, який щойно утворився, має вигляд краплі роси. Він досить великий, круглий, із прозорим умістом і тонкою блискучою поверхнею. Червоне забарвлення навколо нього може бути відсутнє. Пізніше пухирці набувають неправильної форми. Це особливо помітно, коли пухирець починає підсихати і стає більш плоским. Уміст пухирця стає мутним. Пухирці ніжні, м'які на дотик, їхня поверхня легко руйнується. При проколі пухирець досить легко спорожнюється, оскільки має одну камеру. Пухирці підсихають через 1-2 дні. Підсихання починається з центру, середина його западає, темнішає й поступово весь пухирець перетворюється на щільну буро-коричневу кірочку.

Перші елементи висипу можуть з'являтися на будь-якій ділянці шкіри. Проте у більшості хворих вони з'являються на тулубі та волосистій частині голови. Спочатку може з'явитися лише один пухирець. Поява

висипу відбувається не одночасно, а немовби «поштовхами» з інтервалом 1-2 дні. Перші елементи висипу, як зазначалося вище, здебільшого проходять стадію плями-папули дуже швидко й виявляються, як правило, у вигляді пухирців. Розвиток елементів, які з'являються при подальших підсипаннях, проходить повільніше, за розмірами вони менші. Зазвичай підсипання при вітряній віспі тривають упродовж 2-4 днів. В окремих випадках пухирці продовжують з'являтися до 7-9 дня, а іноді й до 14 дня хвороби.

Час відторгнення кірок значною мірою залежить від догляду за шкірою. За умови правильного догляду шкіра очищується значно швидше. Частіше кірочки відторгаються між 12 та 22 днями хвороби. Кірочка має розміри пухирця, від якого вона утворилася. На час підсихання червоний обідок навколо пухирця зникає й кірочка стає оточеною незміненою шкірою. Її відторгнення відбувається з країв. Після цього можуть залишатися невеликі округлі знебарвлені плями з пігментованими краями. Іноді кірочки (частіше вони розташовані на обличчі) відторгаються з утворенням рубчика. Утворенню рубчиків після висипки може сприяти розчісування, приєднання вторинної бактеріальної флори.

Окрім шкіри, при вітряній віспі спостерігаються висипання також на слизових оболонках рота, носоглотки, рідше – гортані, кон'юнктиви, статевих органів. Елементи висипу на слизовій оболонці рота не мають якоїсь вибіркової локалізації та можуть з'являтися на твердому й м'якому піднебіннях, на язиці, слизовій оболонці щік, губах, яснах. Розміри такого елемента зазвичай менші, еволюція його відбувається швидше, ніж на шкірі. Пухирці на слизовій оболонці мають правильну округлу форму, швидко руйнуються й перетворюються на ерозії з жовтуватого-сірим дном. Ці ерозії дуже схожі на ранки при стоматиті. Загоювання вітрянкових ерозій відбувається протягом 1-2 днів.

У переважної більшості хворих на вітряну віспу загальний стан майже не порушується. Навіть за рясного висипу та високої температури тіла дитина залишається активною і бадьорою. Порушення загального стану при вітряній віспі, по-перше, відзначається в немовлят і, по-друге, при дуже рясному висипі. У таких хворих спостерігаються в'ялість, сонливість, неспокій, порушення сну, відсутність апетиту, блювання, марення, втрата свідомості, судоми.

Кіп – вірусне захворювання, яке проходить найчастіше у гострій формі та супроводжується лихоманкою, інтоксикацією, катаральним

синдромом (нежить, кашель, хрипи в легенях) та енантемою (висипом на тілі).

Збудником захворювання є вірус кору, який зазвичай розвивається в клітинах, розташованих в задній стінці глотки і в легенях. Даний вірус відноситься до виду РНК-вмісних і швидко втрачає свою активність під дію ультрафіолетових променів і дезінфікуючих засобів.

Інкубаційний період хвороби триває до 9-11 днів.

Шлях інфікування: повітряно-крапельний, контактено-побутовий.

Епідеміологія. Після спілкування з інфікованою людиною хвороба настає в 98 % випадків. Через предмети побуту і контакт з третіми особами вірус не передається. Найбільш сприйнятливі до захворювання діти, однак вірус не має вікових обмежень і за відповідних умов захворіти може кожен.

Стійкі до вірусу кору: діти до 1 року, якщо мати перехворіла на кір або була вакцинована проти неї, їх врятує так званий трансплацентарний імунітет; діти і дорослі, які перехворіли на кір (імунітет зберігається на все життя) і люди, що пройшли вакцинацію. Решта схильні до небезпеки інфікування навіть якщо просто побували в приміщенні, де за 2 години до цього був хворий.

Вірус проникає в організм через слизові оболонки (дихальний шлях, кон'юнктива), розмножується, потрапляє в лімфатичні судини, а звідти в кров. Вірус поширюється по всьому організму, вражає шкірні покриви, органи тіла, при проникненні вірусу в нервову систему можливий розвиток захворювань менінгіту, енцефаліту і менінгоенцефаліту.

Симптоми з'являються не відразу, в інкубаційний період хвороби вірус посилено розвивається, ознак захворювання немає.

Першою ознакою гострої появи хвороби є висока температура до 38-39°C. Потім з'являються: млявість, сухий кашель, першіння в горлі, нежить, може виникати світлобоязнь та кон'юнктивіт.

Через 2-3 дні жар зазвичай спадає, але кашель і нежить посилюються, з'являється чхання, світлобоязнь (дитині боляче дивитися на світло). На внутрішній стороні щік, а іноді й губ, з'являються дрібні червоні цятки, як би посипані дрібними висівками – специфічна ознака кору.

На 4 -5 -й день захворювання температура знову підвищується до 39-40°C, на шкірі з'являється висип у вигляді рожевих або червоних цяток, що злегка піднімаються над поверхнею шкіри. Висип спочатку з'являється за вухами, на обличчі, шиї, на наступний день – на тулубі, а потім поширюється на кінцівки. Разом з появою висипання посилюється нежить

і світлобоязнь, повіки набрякають, обличчя стає набряклим, голос грубим або захриплим, а кашель нав'язливим і болісним. Часто приєднується пронос: випорожнення стають рідкими, водянистими. Самопочуття хворого погіршується, дихання частішає; діти в ці дні особливо мляві, примхливі, то сонливі, то неспокійні. У дітей старше 6-7 років поява висипки може супроводжуватися головним болем, затемненням або втратою свідомості; деякі з них знаходяться в стані глибокого сну і лежать «як пласт»; в інших, навпаки, з'являється марення, неспокій, їх доводиться тримати, так як вони прагнуть кудись бігти. При позитивному перебігу хвороби на 4-5-й день після появи висипки жар проходить, самопочуття дитини відразу поліпшується, висип тьмяніє, але залишається ще протягом 1-3 тижнів у вигляді коричневих цяток. Зникає світлобоязнь, кашель стає м'якшим і рідкісним, задишка і нежить проходять. Дитина починає одужувати, до неї повертається бадьорість, сон, апетит.

Хвороба може протікати в різних формах (легка, середньотяжка, тяжка), може мати типовий і атиповий перебіг.

Ускладнення. Отрута коревого мікроба розноситься кров'ю і вражає весь організм дитини. Від коревої отрути особливо страждають дихальні органи, кишківник, внутрішні оболонки рота, очі, вуха, шкіра. Ці органи і стають улюбленим місцем для розмноження найрізноманітніших мікробів. Організм ослаблений, тому будь-яка інфекція, яка до хвороби була безпечною, може викликати загрозу та ускладнення.

Серед найбільш поширених ускладнень кору виділяють: отити, сліпота, бронхопневмонії, ларингіти, трахеїти, бронхіти, енцефаліти.

Краснуха – це гостра інфекційна хвороба, викликана вірусом, що характеризується появою висипки на шкірі й збільшенням лімфатичних вузлів.

Збудник краснухи – вірус, що містить РНК. Досить стійкий у навколишньому середовищі, може зберігатися при кімнатній температурі та висушуванні. При ультрафіолетовому опроміненні відразу гине. Чутливий до дії хімічних речовин та високої температури.

Інкубаційний період краснухи становить 10-25 днів.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хворі на краснуху. Найбільш заразні хворі у перші 5 днів від початку захворювання. Інфекція передається повітряно-крапельним шляхом. Частіше хворіють діти у віці 4-10 років.

Шлях інфікування краснухи – повітряно-краплинний. Оскільки вірус є в крові, сечі, випорожненнях та має відносну стійкість, припускають

можливість інфікування краснухи контактним шляхом, а також безпосередньо через кров під час ін'єкцій. Краснуха передається також через плаценту плода від вагітної з клінічно вираженою або безсимптомною формою хвороби.

Сприйнятливість дітей до краснухи висока. Хворіють в основному діти від 1 до 10 років. Діти старшого віку та дорослі хворіють рідко. Після перенесеної краснухи залишається стійкий імунітет.

Патогенез. Вхідні ворота інфекції – верхні дихальні шляхи (іноді – безпосередньо кров). В епітелії слизових оболонок верхніх дихальних шляхів вірус розмножується, проникає в русло крові, вибірково фіксується лімфоїдною тканиною. Є всі підстави вважати, що до вірусу краснухи особливо чутливі ембріональні тканини.

Симптоми. Продромального періоду не буває, або він дуже слабо виражений. Спостерігаються субфебрильне підвищення температури тіла, нездужання, незначний нежить, покашлювання, катаральний кон'юнктивіт. Типовим раннім симптомом краснухи є збільшення задньошийних, потиличних, білявушних та інших лімфатичних вузлів. Цей симптом з'являється за 1–3 дні до висипу і зберігається 10–14 днів. Висип з'являється на обличчі, шиї, поширюючись протягом кількох годин по всьому тілу. Переважна локалізація висипу – розгинальні поверхні кінцівок, спина, сідниці. На обличчі, грудях та животі кількість висипань менша. Елементи висипу при краснусі – рожеві, круглої і овальної форми плями або папули, які дещо піднімаються над шкірою. За величиною вони бувають від макового зернятка до сочевиці. У деяких хворих переважають дрібніші елементи, в інших – більші. Елементи висипу не схильні до злиття. Висип утримується протягом 2–3 днів, безслідно зникає і не залишає пігментації та лущення.

Ускладнення. Спостерігаються артропатія (захворювання суглобів), яка характеризується сильним больовим синдромом і появою внутрішньо-суглобових випотівань; енцефаліт, енцефаломієліт, поліневрит. Неврологічні ускладнення розвиваються при краснусі в період згасання висипу. Надзвичайно рідко бувають при краснусі отит, пневмонія, гломерулонефрит та інші ускладнення.

Скарлатина – гостре інфекційне захворювання переважно дитячого віку, яке характеризується явищами загальної інтоксикації, ангіною, регіонарним лімфаденітом, дрібноточковим висипом та наступним пластинчастим лущенням.

Збудник скарлатини – бета-гемолітичний стрептокок групи А. Відомо 46 серологічних типів цього стрептокока. Кожен з них може спричинити скарлатину.

Інкубаційний період коливається в широких межах: від 24 годин до 10 діб.

Шлях інфікування скарлатини – повітряно-краплинний. Певну роль при поширенні скарлатини відіграє передавання інфекції контактним шляхом – через третю особу та через предмети, яких торкався хворий. Бувають також харчові спалахи скарлатини – через молоко, холодець тощо.

Джерелом інфекції є хворий на скарлатину, контагіозний з моменту захворювання до 22-го дня від початку хвороби, а також хворий (дитина або дорослий), в якій є інша стрептококова хвороба (ангіна, стрептодермія та ін.).

Найбільше випадків захворювання скарлатиною спостерігається серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Діти першого року життя і після 15-річного віку на скарлатину хворіють рідко.

Вхідні ворота інфекції – піднебінні мигдалики, а також пошкоджена шкіра або слизові оболонки іншої ділянки (опікова, ранова, післяродова скарлатина і т. д.). Скарлатинозний стрептокок розмножується в ділянці вхідних воріт інфекції, виділяє токсин, який всмоктується в кров і зумовлює загальнотоксичні симптоми (головний біль, блювання, підвищення температури тіла тощо), ураження вегетативної нервової системи (спочатку симпатичної, а потім парасимпатичної частини). З дією токсину пов'язуються зміни шкіри (висипання) та язика. Септична дія скарлатинозного стрептокока проявляється виникненням на місці втілення інфекції первинного вогнища запалення (ангіна) та гнійними ускладненнями, які розвиваються при певних несприятливих умовах. Продукти розпаду стрептокока мають алергічну дію, що сприяє розвитку алергічних ускладнень.

Симптоми. Початок хвороби гострий. Температура тіла підвищується до 38–39°C і більше, з'являються біль у горлі під час ковтання, головний біль, нездужання, часто – блювання. Вже на першу добу або на 2-й день з'являється висип. Скарлатинозний висип дрібноточковий, яскраво-рожевий або червоний на гіперемійованому фоні шкіри. На перший погляд створюється враження суцільного почервоніння шкіри. Найбільше висипань у пахвовій, лобковій та сідничній ділянках, на згинальних поверхнях кінцівок. Висип у деяких випадках має дрібнопапульозний (папула – твердий вузлик на шкірі) характер. Можна спостерігати іноді

висипання у вигляді дрібних, як макове зернятко, пухирців, наповнених прозорою або каламутнуватою рідиною.

При тяжкій формі скарлатини висип часто геморагічний (з крововиливом). Обличчя має характерний вигляд: на лобі і скронях – рожевий дрібноточковий висип, шкіра щік суцільного червоного кольору; шкіра носа, навколо губ та підборіддя бліда. Чітко видно блідий носогубний трикутник – типова ознака скарлатини, описана Н. Філатовим. У ділянках згинів, при уважному огляді видно багато дрібноточкових крововиливів, завдяки чому природні складки в них дуже виділяються. Це симптом складки. Постійним симптомом скарлатини є ангіна – від катарального запалення до глибоких некротичних змін піднебінних мигдаликів. Спостерігається яскрава гіперемія слизової оболонки передніх піднебінних дуг, м'якого піднебіння, язичка (палаючий зів). Відповідно до ступеня ураження зіва в процес втягуються регіонарні лімфатичні вузли: вони збільшені, щільні, болісні при пальпації. Язик обкладений густим білим нальотом, через 2–3 дні він очищається від нього, стає яскраво-червоним, сосочки гіпертрофуються (малиновий язик).

Явища загальної інтоксикації, залежно від тяжкості хвороби, зберігаються протягом 2–7 днів. Паралельно з поліпшенням загального стану (зниження та нормалізація температури тіла, поліпшення самопочуття) зменшується ступінь запальних змін зіва, блідне і поступово зникає висип. На місці висипу спостерігається лущення: висівкоподібне на обличчі та шиї, пластинчасте – на тулубі та кінцівках. Поява лущення припадає на кінець першого – початок другого тижня. Більш інтенсивним лущення буває після рясного висипання. Найчіткішим є скарлатинозне пластинчасте лущення на долонях та підошвах.

Педикульоз – це паразитарне захворювання шкіри голови і волосся, викликане вошами.

Інкубаційний період триває приблизно 4-6 тижнів, за цей час самка відкладе велику кількість яєць, після того як вилупляться маленькі воші, вони відразу починають пити кров господаря.

На тілі людини паразитують три види вошей: головні, платяні та лобкові. Воші протягом свого життя, перебуваючи на тілі людини і живлячись її кров'ю, у своєму розвитку проходять три стадії: яйце (тобто гнида), личинка і статевозріла воша. Яйце має довгасту форму, жовтувато-білого кольору, міцно склеєне з волоссям за рахунок речовини, що виділяє самка.

Головна воша найчастіше живе у волосяній частині голови, в основному на скронях, потилиці, тімені. Тривалість життя дорослої особини 27-38 діб. Самка відкладає на волоссі до 4 яєць на день, а за життя, відповідно, до 160 штук.

Живиться воша кров'ю. Поза тілом людини головна воша живе 24 години, платяна – 7-10 діб.

Шляхи інфікування. Розповсюджуються паразити, переповзаючи з однієї людини на іншу під час безпосереднього контакту (за хвилину вони долають 20 см). А також контактено-побутовим при користуванні спільними речами: одягом, білизною, головними уборами, гребінцями, щітками для волосся. Збереженню проблеми із завошивленням сприяють скупченість населення, недотримання правил особистої гігієни, значні міграційні процеси.

На місці укусів виникає нестерпний свербіж. При огляді голови дитини місце укусу позначено ранкою з червоним віночком навколо. Через деякий час можливий розвиток запально-алергічної реакції, розвивається ця реакція на коагулянт, який виділяють комахи для того, щоб пити кров. У тому випадку якщо педикульоз тривало не лікується, то на поверхні шкіри утворюються механічні розчухи. Як правило, свербіж нестерпний, з цих причин діти розчісують голову до утворення подряпин. Подряпини ці інфікуються з утворенням больової реакції і покриваються корочками. Найголовніша небезпека таких розчосів – це приєднання вторинної інфекції, можуть утворюватися нагноєння і розвивається ще більший свербіж.

Симптоми педикульозу.

- відчуття руху чогось у волоссі;
- сверблячка (викликана алергічною реакцією на укуси);
- пошкодження шкіри голови (викликані розчісуванням);
- інфекції, проникаючі в організм через пошкодження шкіри голови;
- дратівливість (неспецифічний симптом педикульозу, але дуже часто зустрічається у хворих і пов'язаний з дискомфортом, який викликає це захворювання).

Короста – це заразне захворювання, яке відбувається внаслідок паразитування коростяного кліща на шкірних покривах.

Збудник. Розміри кліща настільки малі, що розглянути його неозброєним оком неможливо. Крім здатності паразитувати на тілі, ці дрібні комахи можуть зберігати життєздатність на побутових предметах і

речах – подушках, дверних ручках, особистих речах, покривалах і т.д. Кліщі малорухливі, вони здійснюють за добу шлях в 1 мм. Самці живуть на поверхні шкіри і після популяції з самкою відмирають. Життєвий цикл самки – 2 міс. При кімнатній температурі кліщ гине протягом 5-6 днів, а при мінусовій – не витримує і 2 год. При кип'ятінні він гине миттєво.

Шлях зараження контактно-побутовий. Дитина заражається після прямого контакту з хворими на коросту дітьми чи дорослими: через рукостискання і предмети, одяг, рушники, білизну.

Інкубаційний період триває 1-2 тижні в залежності від імунітету дитини.

Симптоми. Через тиждень після контакту можуть з'явитися в міжпальцевих складках, на бічних поверхнях пальців, а також верхніх кінцівках і передньобочкових частинах тулуба висипання, що нагадують дрібні вузлики, пухирці.

На шкірі з'являються сірувато-білуваті смужки з двома дірочками - входом і виходом паразита. Вони нестерпно сверблять, не даючи дитині спокою. Ходи можуть з'явитися на волосистій частині голови, на обличчі, ступнях, долонях і навіть нігтях – в цьому випадку вони товщають. Таку клінічну картину не зустрінеш у дорослої людини.

Проте найчастіше короста у дітей проявляється між пальцями, на грудях, животі, попереку і сідницях. Кліщ живе близько місяця, за цей час в ходах він відкладає яйця, з яких за тиждень виростають нові кліщі. Харчуються вони клітинами шкіри, від цього з'являється свербіж. Найчастіше дитина чухається ввечері і вночі, від цього погано спить. Особливий контроль потрібен за дітьми, схильними до алергії: кліщ у багато разів підсилить її, в ранки може потрапити інфекція.

Практичне № 7

ТЕМА: Інфекційні захворювання шкіри

Теоретичні питання:

1. Натуральна віспа: етіологія, епідеміологія, форми, лікування, профілактика.
2. Вітряна віспа: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
3. Кір: шляхи передачі, ознаки, ускладнення, догляд за хворими дітьми
4. Краснуха: шляхи передачі, ознаки, догляд за хворими дітьми
5. Скарлатина: шляхи передачі, ознаки, догляд за хворими дітьми
6. Педікульоз: шляхи передачі, ознаки, лікування, профілактика.

Практичні завдання:

1. Підготувати міні-презентацію (3-5 слайдів) «Вітряна віспа».

2. Підготувати термінологічний словник до теми.
3. Підготувати кросворд до теми.
4. Підготувати міні презентацію (5-7 слайдів) «Симптоматика шкіряних інфекцій».
5. Заповніть таблицю:

Патологія (назва хвороби)	етіологія	патогенез	клініка	Профілактика	Назва вакцини, терміни вакцинації

Дайте відповіді:

1. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать кір, краснуха, епідемічний паротит?
2. Шляхи передачі кору, краснухи, вірусної паротитної хвороби.
3. Стадії патогенезу кору, краснухи, епідемічного паротиту.
4. Основні симптоми кору в початковий період хвороби.
5. Опорні симптоми краснухи.
6. Особливості перебігу кору у дітей.
7. Характеристика, термін виникнення і динаміка висипу у хворого на кір. Епідеміологічні особливості кору в сучасних умовах.
8. Прояви уродженої краснухи. Патогенез, клінічні прояви ускладнень кору.
9. Патогенез, клінічні прояви ускладнень краснухи.

ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С.К. Ткаченко. – К: «Вища школа», 1991. – 442 с.
2. Кондратюк С.М., Ляна О.В. Основи педіатрії. 2-е вид., перероб. та доп. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Дошкільне навчання». – Суми: 2019. 202 с.
3. Ткаченко С.К., Поцюрка Р.І. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики. – К, 2009

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Натуральна віспа — особливо небезпечна висококонтагіозна гостра інфекційна хвороба, що спричиняється вірусом, характеризується повітряно-краплинним (пиловим) шляхом передачі, двохвильовою гарячкою, різкого інтоксикацією, етапним виникненням на шкірі і слизових оболонках густого везикуло-пустульозного висипу, після чого залишаються рубці.

Вітряна віспа (вітрянка) — контагіозне вірусне захворювання з групи герпесвірусних інфекцій, яке характеризується переважним ураженням дітей, помірною загальною інтоксикацією, поліморфною екзантемою з переважанням везикул.

Кір — гостре інфекційне захворювання, що характеризується лихоманкою, інтоксикацією, набряком верхніх дихальних шляхів і плямистою висипкою на шкірі.

Краснуха - це гостра інфекційна хвороба, викликана вірусом, що характеризується появою висипки на шкірі й збільшенням лімфатичних вузлів.

Скарлатина - це інфекційне захворювання в гострій формі, яке супроводжується важкою ангіною, симптомами загальної інтоксикації організму, шкірними висипаннями.

Педикульоз (від лат. *pediculus* «воша»), або вошивість — паразитарне захворювання шкіри та волосся.

Період реконвалесценції (одужання) - процес, при якому відбувається ліквідація порушень, викликаних хворобою, і відновлення нормальних відносин організму з середовищем.

Пігментація (pigmentation) - забарвлення шкіри або тканин тіла в результаті відкладення в них пігменту, особливо в надмірній кількості.

Дизентерія - інфекційне захворювання, яке поширюється епідемічним способом при зараженні людини через травний тракт.

Круп - це гостре запалення гортані та звуження її просвіту, супроводжується періодичною появою хриплого голосу, «гавкаючим» кашлем та утрудненим диханням.

Ексудативний діатез - це особлива схильність шкіри і слизових оболонок дитини до катарально-запальних (ексудативних) процесів, зв'язаних з порушенням нервово-трофічних функцій центральної нервової системи.

Пляма - має те ж забарвлення, що і рожеола, але більший діаметр (5-20 мм), не виступає над рівнем шкіри, не відрізняється від неї за щільністю, частіше буває неправильної форми. При натискуванні на пляму вона зникає, а після припинення тиску виникає в тому ж вигляді. Приклад: кір.

Еритема - великі ділянки почервоніння шкіри, які утворюються при злитті плям (кір, скарлатина).

Геморагія - крововилив в шкіру в результаті пошкодження судин шкіри. Крапкові геморагії називають петехіями.

Папула (вузол) - більш чи менш щільний безпорожнинний елемент, що піднімається над рівнем шкіри. При натискуванні стає блідою, але повністю колір не зникає. Розміри від 1 до 20 мм, забарвлення і форма різні. Папула зникає без утворення рубця, Приклад: кір.

Пухирець (*везикула*) - має порожнину, розвивається в товщі поверхневого шару шкіри, містить рідину; піднімається над поверхнею шкіри, діаметр - від 1 до 5 мм. Пухирець може бути однокамерним і багатокамерним. Вміст пухирця прозорий. Після того, як пухирець проривається, на цьому місці утворюється кірочка. Після відпадання останньої рубець не залишається.

Пустула (*гнійничок*) - порожнинний елемент, який містить гній. При зворотному розвитку утворюється кірочка з формуванням рубця. В пустулу може перетворитися пухирець (після приєднання вторинної інфекції).

Кірочка - утворення, що виникає в результаті висихання на шкірі везикул, пустул, гною, крові.

Пігментація - зміни забарвлення шкіри, що виникають на місці висипань внаслідок розпаду гемоглобіну еритроцитів чи утворення шкірного пігменту. Пігментні плями мають, як правило, коричневий колір.

Виразка - дефект шкіри, що поширюється часто в глибину прилеглих до шкіри тканин. Загоюється виразка завжди з утворенням рубця.

Ерозія ("*роз'їдання*") - поверхневий дефект слизової оболонки чи епідермісу шкіри, який заживає без рубця.

Бугорок - безпорожнинний елемент, що виникає внаслідок утворення ущільнення запального характеру в глибоких шарах шкіри. Часто перетворюється на виразку, після якої залишається рубець.

Рубець - розростання сполучної тканини на місці дефекту шкіри, наприклад - виразки. Незначні рубці утворюються після загоювання пустул.

6. Кишкові інфекції. Гельмінтози

Гельмінтози об'єднують хвороби людини, спричинені паразитичними червами-гельмінтами. Найчастіше ці захворювання називають інвазійними, а конкретні форми - *інвазією* (від лат. *invasio* - вторгнення).

Гельмінти або глисти - це паразитичні черви, що можуть вражати кишківник, печінку, жовчні протоки, легені, дихальні шляхи, інші органи та системи організму людини. Глисти викликають у людини захворювання (гельмінтози), які негативно впливають на стан її здоров'я. Крім кишківника, глисти можуть вражати печінку, жовчні протоки, легені, дихальні шляхи, інші органи та системи організму людини.

Нараховують понад 150 видів гельмінтів, з них на території України зареєстровано близько 30. Найчастіше зустрічаються такі види гельмінтів,

як гострики, аскариди, волосоголовці, карликовий, бичачий, свинячий ціп'яки, широкий стьожак, трихінела, опісторхіс тощо.

Факторами інфікування гельмінтозів є: ґрунт, овочі, фрукти, ягоди, вода, заражені яйцями та личинками паразитичних червей. Факторами інфікування контактних гельмінтів можуть бути білизна та будь-який предмет, що був у контакті з гельмінтоносіями.

Шляхи зараження різноманітні. Личинки біогельмінтів потрапляють в організм людини через рот, при вживанні забрудненої води, сирого або недостатньо обробленого м'яса великої рогатої худоби, свиней, інших продуктів харчування, а також через забруднені руки, предмети домашнього вжитку. Деякі гельмінти активно проникають через неушкоджену шкіру людини, або потрапляють в організм при укусі членистоногих.

Симптоми. Глисти знижують фізичну активність, викликають слабкість, запаморочення, нудоту, блювоту, головний біль, роздратованість, біль в животі, часто спричинюють малокрів'я, алергічні прояви. Нерідко у хворих дітей спостерігається порушення апетиту, розвиваються запальні процеси органів травлення, ускладнюється перебіг інших захворювань.

Діагностика: ґрунтується на виявленні яєць, личинок, дорослих гельмінтів, та їхніх фрагментів. Оскільки більшість дорослих гельмінтів перебувають у травному каналі, основним матеріалом для дослідження є фекалії.

Ускладнення. Особливо тяжко переносять глистяні інвазії діти дошкільного віку, внаслідок яких вони можуть відставати в фізичному та розумовому розвитку.

Аскаридоз – хронічний гельмінтоз, що характеризується міграцією личинок в організмі людини, з подальшим розвитком статевозрілих особин в кишківнику.

Збудником є аскарида, вона у живому стані веретеноподібної форми, червонуватого, після загибелі жовтувато-білого кольору. Самці досягають 15-25 см в довжину і 2-4 мм в ширину, є різностатевим глистом, паразитує у тонкій кишці. Щодня самка відкладає в просвіті кишок близько 200 000 яєць, які виділяються з фекаліями і протягом двох тижнів за t 20-30° С на вологому ґрунті в яйцях дозрівають личинки.

Епідеміологія та патогенез. Зрілі яйця аскарид потрапляють у кишки дитини через брудні руки, з немитими фруктами, овочами, забрудненою водою та їжею. У кишках личинки звільняються від захисної оболонки,

проникають через слизову оболонку кишківника в кровоносні судини. З легень вони можуть розноситись з течією крові по великому колу кровообігу і повторно потрапляти в легені. Личинки просвердлюють стінки альвеол, бронхи і з мокротинням потрапляють у ротову порожнину, заковтуються, попадають у шлунок, кишківник, де вони перетворюються на зрілі аскариди. Цикл розвитку становить 2-2,5 місяці. Протягом року аскариди живуть у кишках. Після цього терміну вони гинуть і виводяться з фекаліями назовні.

Інкубаційний період. Зараження дітей відбувається найчастіше у теплу пору року. У розвитку аскаридозу розрізняють ранню і пізню фази. Під час ранньої фази, що триває 2-3 тижні, личинки ушкоджують слизову оболонку дихальних шляхів. Під час кишкової фази аскариди механічно ушкоджують слизову оболонку, а продукти обміну справляють токсичну дію на організм дитини.

Шлях інфікування – фекально-оральний, аліментарний, контактнопобутовий, водний. Дитина заражається аскаридозом, проковтуючи дозрілі яйця аскарид (з личинками) найчастіше з немитими овочами, ягодами, фруктами.

Симптоми. З боку шлунково-кишкового тракту: огида до деяких видів їжі (найчастіше до жирної); нудота, блювання, зазвичай ранком, які іноді супроводжуються головокружінням і напівнепритомним станом; слинотеча (часто вночі), болі в животі, ділянці пупка; запори або поноси; здуття живота. З боку нервової системи: дратливість, головні болі, неуважливість, сіпання, істеричні припадки. У той час коли личинки в період свого просування через кровоносну систему потрапляють у легені, вони можуть спричинити виникнення: бронхітів, пневмонічних вогнищ у легенях; у рідких випадках апендициту, непрохідності й проривання кишківника, закупорки жовчних ходів, менінгеальних або енцефалітичних симптомів і дати клінічну картину, схожу з картиною при туберкульозному менінгіті або енцефаліті.

Трихоцефальоз – це хронічний гельмінтоз (збудником якого є волосоголовець – геогельмінт, що належить до нематод), що характеризується хронічним перебігом з переважним ураженням сліпої частини кишківника, порушенням його функції, анемією і астеною.

Збудник. Самець завдовжки 3–4,5 см, самиця – 3,5–5,5 см. Головний кінець паразита тонкий, витягнутий, нагадує волосину. Задня частина тіла стовщена, у самця нагадує годинникову пружину, у самиці – скобку. Головним кінцем волосоголовець укорінюється у слизову і підслизову

оболонки кишківнику. Волосоголовців вважають гематофагами, бо вони живляться кров'ю і мають сіро-червоне забарвлення. Вони виявляють механічний і токсичний впливи на організм дитини.

Шляхи інфікування – фекально-оральний, аліментарний, контактнo-побутовий, водний. Заражаються діти тоді, коли проковтують дозрілі яйця волосоголовців головним чином з немитими сирими овочами, ягодами, фруктами. Можливе зараження й через інші харчові продукти, на які яйця волосоголовців можуть бути занесені мухами, попасти з пилом або якими-небудь іншими шляхами.

Інкубаційний період. З моменту заковтування яєць з живими личинками до виділення статевозрілими самками яєць минає близько 30-45 днів.

Патогенез. Паразитує переважно у товстому кишківнику, головним чином, у сліпій кишці, заглиблюючись волосоподібним головним кінцем в слизову оболонку. У разі масивної інвазії – на всьому протязі товстої кишки і в дистальній частині тонкої. Самка виділяє у просвіт кишок велику кількість незрілих яєць, що мають джкоподібну форму з прозорими полюсами. За температури 20–30°C і відносної вологості близько 100 % яйця дозрівають. У зрілому яйці розвивається личинка зі стилетом на голові, здатним свердли. Яйця волосоголовця, що виділяються з калом, стають здатними заражати людину після дозрівання у зовнішньому середовищі. При сприятливих умовах вони дозрівають на протязі трьох тижнів. Із забрудненою їжею або водою зрілі яйця потрапляють у кишки, де з них виходять личинки, з яких через 30–35 днів розвиваються дорослі волосоголовці. Вони паразитують у кишках дитини протягом 3- 5 років.

Симптоми. Спостерігаються біль у животі, переважно в правій надчеревній ділянці, часто переймоподібний, нудота, зниження апетиту, слинотеча, головний біль, запаморочення, загальна слабкість, дратівливість, розлад сну, непритомність. Випорожнення часто нестійкі, пронос змінюється запором, знижується маса тіла. Іноді спостерігаються судоми. Трихоцефальоз відбивається і на нервовій системі: з'являються головний біль, запаморочення, іноді з короткочасною втратою свідомості, непритомність і навіть напади, що нагадують епілептичні.

Ентеробіоз – це гельмінтоз, спричинений гостриками, характеризується ураженням кишківника, сверблячкою навколо анального отвору, кишковими і нервовими розладами та алергізацією організму.

Збудник. Самка гострика має довжину 9–12 мм і шилоподібно загострений хвостовий кінець. У самця завдовжки 3–5 мм хвостовий кінець спірально загнутий.

Інкубаційний період близько 15 днів.

Патогенез. Гострики паразитують у великій кількості у нижньому відділі тонкої та у верхньому відділі товстої кишок, у червоподібному відростку, живуть 3–4 тижні. Самка виповзає з анального отвору і відкладає у його складках до 10–12 тисяч яєць, які через 4–5 годин дозрівають, а сама самка після цього гине. Відкладання яєць, що відбувається зазвичай вночі, спричиняє сильний свербіж. Під час почухування шкіри навколо відхідника дитина забруднює руки, які стають джерелом повторного зараження. Діти можуть заражатися від дорослих через забруднені речі домашнього вжитку, їжу, повітря у приміщенні. Гострики механічно ушкоджують стінки кишок і токсично впливають на організм.

Шляхи зараження – фекально-оральний. Провідний шлях інфікування – контактно-побутовий, основним фактором є руки, забруднені яйцями гельмінтів, а також предмети побуту (дверні ручки, поверхня меблів, вікон та підвіконь, посуд, іграшки, дитячі горщики тощо), рідше – заражені харчові продукти. Можливе зараження дітей в плавальних басейнах. Не виключається можливість інфікування при вдиханні яєць з пилом. Яйця, відкладені самками гостриків, дозрівають через 4–6 годин і стають інвазійними. Вони потрапляють на натільну і постільну білизну, накопичуються під нігтями при розчухуванні і, при недотриманні гігієнічних правил, забруднюють навколишні предмети. Яйця гостриків відносно стійкі у зовнішньому середовищі і зберігають інвазійність до 2–4 тижнів. Зараження людини ентеробіозом відбувається при проковтуванні зрілих яєць гостриків, у яких містяться рухливі личинки.

Симптоми – свербіж в ділянці анального отвору, почервоніння навколо заднього проходу і статевих органів, які з'являється через 12–14 днів після зараження. Шлунково-кишкові розлади: втрата апетиту, нудота, часті випорожнення, болі в шлунку; нервові явища: безсоння, нічне нетримання сечі; діти нерідко стають неухважливими або кволими.

Дизентерія (червоний пронос) – це інфекційне захворювання, при якому уражається товстий кишківник (як правило, кінцевий відділ товстого кишківника). Дизентерія належить до гострих кишкових інфекцій.

Збудниками дизентерії є бактерії роду шигелл. При низькій температурі, у вологому середовищі, в темряві вони зберігаються довго;

швидко гинуть на сонячному світлі, при висушуванні, високій температурі та у разі дії дезінфікуючих засобів.

Джерелом інфекції є хворий і бактеріоносіє.

Інкубаційний період при дизентерії триває від кількох годин до 7 днів (найчастіше 2–3 дні).

Шлях інфікування – фекально-оральний. Переважає контактно-побутове зараження. Важливу роль у передаванні дизентерії відіграють руки як хворої (джерело), так і здорової людини, яка сприймає інфекцію. Тому дизентерію називають хворобою брудних рук. Контактно-побутовий шлях зараження найчастіше характерний для людей, які не дотримують санітарно-гігієнічних правил. Поширення дизентерії спричинюють мухи, які механічно переносять шигели. Мухи є також своєрідним джерелом. Сприйнятливість до дизентерії дуже висока у всіх вікових групах, особливо у дітей раннього віку. Імунітет нестійкий, зникає вже через кілька місяців.

Патогенез. Шигели потрапляють в організм дитини через рот за допомогою інфікованої води, їжі або брудних рук, проходять через весь шлунково-кишковий тракт і фіксуються на слизовій оболонці його дистальних відділів (частіше в сигмовидній кишці). Там шигели розмножуються і виділяють токсин, який впливає на всі тканини, але в першу чергу – на нервові клітини і волокна. Усі наступні порушення в організмі пов'язані з дією токсину. У кінцевому відділі товстого кишківника спочатку виникає запалення, потім утворюються виразки, потім настає стадія їх загоєння і видалення шигел з організму.

Симптоми. Початок хвороби гострий. Інтотоксикація при дизентерії проявляється загальним нездужанням, головним болем, підвищенням температури тіла, нерідко – блюванням. У тяжких випадках спостерігаються симптоми нейротоксикозу: судоми, порушення свідомості різного ступеня тощо. Місцевий запальний процес у товстій кишці проявляється болем у животі та частими випорожненнями. Біль у животі має переймоподібний характер, спочатку відчувається по всьому животу, потім локалізується переважно у лівій клубовій ділянці, буває перед кожною дефекацією і під час неї.

Випорожнення мають спочатку каловий характер, потім кількість калових мас зменшується, у тяжких випадках вони повністю зникають. Випорожнень мало, вони містять мутний слиз та прожилки крові (ректальний плевок). Кількість дефекацій тим більша, чим тяжче захворювання. Зі зменшенням кількості калових мас з'являються часті болісні позиви на випорожнення у зв'язку зі спастичним скороченням

м'язів прямої кишки (тенезми). При пальпації живота визначають болючу та спазмовану сигмовидну кишку (симптом лівостороннього коліту). Залежно від ступеня явищ загальної інтоксикації та інтенсивності кишкового синдрому розрізняють легку, середньотяжку та тяжку, або токсичну, форми дизентерії.

При значному харчовому зараженні перебіг дизентерії нерідко нагадує харчову токсикоінфекцію. Спостерігаються явища загальної інтоксикації, повторне блювання, часті рідкі випорожнення з домішками неперетравленої їжі, слизу, зелені, рідше – кров'яні. Розвивається зневоднення, порушується гемодинаміка.

Дизентерія у дітей раннього віку має ряд відмінностей. Колітичний синдром у цьому віці відносно слабкий або його зовсім немає. Випорожнення рідкі, зберігають каловий характер, але мають зеленуватий колір. Патологічних домішок (слизу та крові) звичайно мало. Еквівалентами тенезмів є почервоніння обличчя та крик під час дефекації. Паралельно з явищами кишкового токсикозу розвиваються зневоднення та гемодинамічні розлади.

Ускладнення. При глибокому ураженні слизової оболонки товстої кишки можуть спостерігатися кровотеча, прорив кишки та наступний перитоніт, рубцеві зміни, випадання прямої кишки.

При зтяжньому та хронічному перебігу дизентерії розвиваються гіпотрофія, анемія, гіповітаміноз.

Після перенесеної дизентерії протягом тривалого часу можуть зберігатися зміни рухових функцій кишок (спазми, біль у животі, нестійкі випорожнення).

Сальмонельоз – гостра інфекційна хвороба, яка зумовлюється численними серотипами бактерій роду сальмонел і характеризується переважним ураженням травного каналу.

Збудник. Відомо близько 2000 типів сальмонел, їм властива надзвичайна стійкість до факторів навколишнього середовища. У нашій країні доміантним типом, який спричинює захворювання сальмонельозом у дітей, є *Salmonella typhimurium*, її внутрішньолікарняні антибіотикостійкі штами.

Інкубаційний період сальмонельозу може тривати від декількох годин до 2 днів. Клінічні прояви залежать від варіанту захворювання.

Шлях інфікування. Сальмонельоз передається фекально-орально, переважно харчовим шляхом. Аліментарне зараження здійснюється при вживанні первинно або вторинно заражених продуктів харчування та при

недостатній термічній обробці цих продуктів. Контактне зараження від хворих на сальмонельоз відбувається в основному у дітей раннього віку. Інфікуюча доза у таких випадках невелика. Контактне інфікування та аерогенно-пиловий шлях передавання сальмонельозу домінують при спалахах інфекції в дитячих закладах.

Основним резервуаром та джерелом інфекції є тварини (велика рогата худоба, свині, водоплавна птиця, а також гризуни). Джерелом зараження, особливо у дітей раннього віку, є люди, які мають клінічно виражену або безсимптомну форму сальмонельозу.

Збудник сальмонельозу потрапляє в організм через рот. Місцем первинного втілення та розмноження збудника є епітелій тонкої кишки і лімфатичні вузли. Ендотоксин, який утворюється в процесі розмноження та загибелі сальмонел, зумовлює явища загальної інтоксикації, місцевий запальний процес у кишках.

Симптоми. Прихований період хвороби може тривати від кількох годин до 7 днів. Найбільш частою формою сальмонельозу є гастроентеричний варіант. Характеризується загальною інтоксикацією і порушенням водно-сольового обміну. Захворювання починається гостро, з підвищення температури і наростання ознак інтоксикації (головний біль, ломота в м'язах, слабкість). Потім у животі виникає біль спастичного характеру, яка переважно локалізується у верхніх відділах живота і пупковій ділянці, нудота і часта блювота. Незабаром приєднується діарея, калові маси досить швидко набувають водянистого, пінистого характеру, смердючі, іноді відзначається їх зеленуватий відтінок. Діарея і блювота мають різну частоту в залежності від тяжкості перебігу захворювання. Значна втрата рідини при блювоті і дефекації веде до розвитку дегідратації.

Ускладнення сальмонельозу. До важких ускладнень з високою ймовірністю летального результату відносять інфекційно-токсичний шок, що супроводжується набряком легенів і головного мозку, серцево-судинної, ниркової та надниркової недостатності.

Вірусний гепатит А – це кишкова інфекція, яка часто зустрічається у дітей. При його розвитку відбувається загальна інтоксикація організму, але в основному вражається печінка людини.

Збудник. Вірус гепатиту А відрізняється стійкістю до ряду речовин – кислот, ефіру, хлору. При цьому він виявляє чутливість до формаліну, а при кип'ятінні гине через 5 хвилин.

Інкубаційний період може помітно коливатися і складати від 7 до 50 днів. Але в основному він складає від 15 до 30 днів.

Шлях інфікування вірусу гепатиту А – фекально-оральний (переважно водними та аліментарним шляхом).

Найчастіше захворювання вражає дітей у віці від трьох до семи років. Його з повним правом можна віднести до так званих хвороб «брудних рук», пов'язаних із нехтуванням правилами гігієни. Збудник гепатиту А потрапляє в організм дитини також із забрудненою водою та їжею.

Джерело інфекції – це людина, заражена вірусом. З її фекаліями виділяються мільярди вірусів в довкілля. Якщо людина вживає воду або продукти, які були заражені вірусом гепатиту А, то вірус потрапляє в кишківник людини, а потім разом з кровотоком він переміщається в печінку і впроваджується в гепатоцити.

Симптоми. Гепатит А характеризується циклічним перебігом, помірними симптомами інтоксикації, швидкоминучими порушеннями функції печінки та доброякісним перебігом. У більшості випадків хвороба починається гостро, з підвищення температури до 38,5°C протягом перших 2-3 днів, ломоти в тілі, загального нездужання (по типу грипоподібного стану). Характерна поява наступних клінічних симптомів: погіршення апетиту, нудота, іноді блювота, біль та відчуття важкості у правому підребер'ї. Цей період захворювання називається переджовтяничним та триває від 4 до 7 днів. Жовтяничний період проявляється жовтяницею склер, слизових оболонок та шкіри. Можливе свербіння шкіри. Колір сечі стає усе більше темним (кольору міцного чаю, пива), випорожнення – безбарвними. З появою жовтяниці низка симптомів переджовтяничного періоду слабшає й у значної частини хворих зникає, а загальний стан та самопочуття покращуються. Температура тіла нормалізується. Через 10-21 день (залежно від тяжкості захворювання) дитина одужує.

Загострення та рецидиви спостерігаються у 2-5 % хворих. Затяжний перебіг хвороби зазвичай пов'язаний із супутніми захворюваннями, порушенням режиму та впливом інших шкідливих чинників. Після перенесеного захворювання формується стійкий, досить тривалий імунітет.

Для вірусного гепатиту А характерні спалахи, які найчастіше реєструються в дитячих дошкільних закладах та школах.

Гепатит В – інфекційне захворювання, яке спричинює вірус гепатиту В, який призводить до запалення печінки. Гепатит В буває гострим (самообмеженим) або хронічним (довготривалим).

Способи зараження:

- через поранення, укуси комах і тварин;
- через слину інфікованої людини, сечу;

-
- через контакт із зараженою кров'ю, з пошкодженою шкірою чи слизовими оболонками (спільні прилади, забруднені кров'ю: бритви для гоління, зубні щітки, рушники, носовики, мочалки тощо);
 - від матері до дитини в утробі через плаценту, під час пологів та через грудне молоко;
 - незахищений статевий контакт (при гетеросексуальних та гомосексуальних стосунках);
 - через медичні та немедичні парентеральні втручання: переливання крові, внутрішньовенне вживання препаратів, під час проколювання вуха, татуювання, гоління, манікюру та інших косметичних процедур.

Симптоми. Гепатит В починає проявлятися поступово. Початковий період може затягуватися до 1 місяця і більше.

Хворі на гепатит В мають такі симптоми:

- головний біль;
- порушення сну;
- закрепи;
- нудота та блювання; загальна слабкість;
- свербіння та пігментація шкіри (рідко);
- жовтяниця;
- болі в суглобах;
- тупий біль в районі печінки;
- зниження апетиту, відраза до їжі;
- підвищується температура тіла (при тяжкому перебігу хвороби).

Гепатит С – інфекційне захворювання, яке спричинює вірус гепатиту С і уражає як печінку, так і інші внутрішні органи та тканини (зокрема, кістковий мозок, щитоподібну залозу тощо).

Гепатит С поділяють на такі види: інфекційний гепатит, токсичний гепатит, променевий гепатит та аутоімунний гепатит.

Способи зараження. Інфекційний гепатит можна підчепити через орально-фекальний шлях або парентеральний, або ж отримати вірус як ускладнення інфекційного або бактеріального захворювання (наприклад, ускладнення сифілісу або лептоспірозу).

Токсичний гепатит виникає як ускладнення при отруєннях хімічними речовинами, лікарськими препаратами та алкоголем. Променевий гепатит з'являється під час впливу на організм радіоактивних речовин (наприклад, при тривалих лікувальних курсах променевої терапії). Аутоімунний гепатит – це результат аутоімунної патології.

Симптоми. Основна небезпека цього вірусу в тому, що гепатит С довгий час протікає безсимптомно або майже безсимптомно –

інкубаційний період може складати від 20 до 140 днів, але переважно це близько 50 днів.

Серед симптомів:

- болі у суглобах;
- жовтяниця;
- біль у правому підребер'ї;
- різке схуднення, відсутність апетиту, нудота;
- запори або проноси;
- загальна слабкість і сильна стомлюваність;
- асцит (збільшення в обсязі живота);
- свербіж та поява на шкірі судинних зірочок.

Дисбактеріоз – це порушення мікробної рівноваги в кишківнику, коли кількість біфідо- і лактобактерій стає неприпустимо малою, а кількість шкідливих, патогенних, бактерій загрозово великою.

Найчастіша форма дисбактеріозу – це кишкова.

Лактобактерії – своєрідні «контролери» кишківнику, що стежать за тим, щоб кількість умовно-патогенних (шкідливих) мікробів не перевищувала допустимих норм. Крім цього, лактобактерії контролюють процеси відновлення слизової оболонки травного тракту.

Крім біфідо-і лактобактерій, в травному тракті присутні непатогенні кишкові палички, які відповідають за вироблення вітаміну К.

Для дитячого організму ці мікроби життєво необхідні. Вони слугують бар'єром для хвороботворних і умовно-хвороботворних бактерій і не дають їм проникнути всередину організму. При цьому вони перешкоджають: розвитку кишкових інфекцій; діяльності газоутворюючих бактерій; інтоксикації організму, полегшуючи роботу печінки; появи алергії.

В організмі, не хворому дисбактеріозом, «живе» понад 300 видів бактерій. Значну їх частину складають мікроорганізми, що впливають на процеси травлення. У кишківнику людини обов'язково присутні біфідобактерії – мікроорганізми, що створюють потужний захист від шкідливих мікробів, що надходять в організм з повітрям, їжею і водою. Дитина народжується із стерильним кишківником, і заселення його бактеріями відбувається вже під час пологів. Подальшому формуванню здорової мікрофлори кишківника сприяє мамине молозиво, а згодом і молоко. Тільки грудне молоко (а не штучні його замінники) може дати все необхідне для нормальної роботи органів травлення. Тому що одночасно з корисними мікробами в організм дитини починають

проникати і хвороботворні бактерії, протистояти яким можуть лише лакто- і біфідобактерії.

Якщо хвороботворні мікроорганізми перемагають, то в організмі у дитини можуть початися запальні процеси, тривалі алергічні реакції, дисфункція кишківника, печінки, підшлункової залози, ендокринної системи. Згодом можуть розвинутися і хронічні хвороби – гастрит, виразкова хвороба шлунка, бронхіальна астма та нейродерміт.

Симптоми дисбактеріозу:

- на першій стадії клінічних проявів немає, виявити хворобу можна лише за даними аналізів – в аналізі калу відзначається зниження вмісту біфідобактерій і лактобактерій;
- на 2 стадії захворювання відзначаються порушення стулу, схильність до запорів, здуття кишківника. В аналізах відзначають зростання умовно-патогенної флори і зменшення кількості корисних бактерій;
- на 3 стадії порушення в травленні відбиваються на загальному стані хворого, він стає млявим, апатичним, шкіра бліда, землистого відтінку, порушується апетит, виникають часті простудні захворювання;
- остання стадія – це важка форма, виникають ускладнення, що розвинулися в результаті дисбактеріозу, різні кишкові інфекції, захворювання інших органів або повне порушення перетравлення і виснаження.

Практичне заняття № 6

Тема: Інфекції шлунково-кишкового тракту

Теоретичні питання:

1. Гельмінтози: джерело та шляхи зараження. Спосіб дії гельмінтів на організм. Профілактика.
2. Аскаридоз: клініка, лікування, профілактика.
3. Трихоцефальоз: клініка, лікування, профілактика.
4. Ентеробіоз: клініка, лікування, профілактика.
5. Гіменолепідоз: клініка, лікування, профілактика.
6. Трихінельоз: клініка, лікування, профілактика.
7. Дизентерія: клініка, лікування, профілактика.
8. Сальмонельоз: клініка, лікування, профілактика.
9. Холера: клініка, лікування, профілактика.
10. Ботулізм: клініка, лікування, профілактика.
11. Хвороба Боткіна: клініка, лікування, профілактика.

Практичні завдання:

1. Намалюйте травну систему і позначте латинською назву органів.
2. Підготувати міні-презентацію «Симптоми захворювання «Дизентерія»» та інші до теми.
3. Заповніть таблицю:

Назва патології	Шлях передачі	Інкубаційний період	Клінічні прояви	Профілактика

Контрольні питання для опитування:

1. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать сальмонельози? Джерело інфекції, шляхи та основні фактори передачі, стадії патогенезу сальмонельозу.
2. Наслідки ботулізму.
3. Основні причини летальності при хворобі Боткіна.
4. Специфічні ускладнення холери.

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 – с. 564-601.
2. Інфекційні хвороби у загальній практиці та сімейній медицині/За ред.Андрейчина М.А. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2007
3. Інфекційні хвороби/За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа,1995. – с.55-70.

Допоміжна:

1. Диференційна діагностика жовтяниць //Методичні рекомендації / Укладачі: Возіанова Ж.І., Шкурба А.В., Корчинський М.Ч., Печінка А.М. - Київ.: МОЗ України, УЦНМІПЛР, НМУ ім. Богомольця, 2002 – 28 с.
2. Балаян М.С., Михайлов М.І. Енциклопедичний словник - вірусні гепатити. Російсько – українське видання /за редакцією Б.А. Герасуна. – Львів: ЛДМУ, 2000—584 с.
3. Вірусні гепатити /Харченко Н.В., Порохницький В.Г., Топольницький В.С. // К.: Фенікс, 2002.—296 С.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Гельмінтози –це група захворювань, що викликається паразитичними червами-глистами.

Аскарида людська (*Ascaris lumbricoides*) — паразитичний круглий черв, що викликає захворювання аскаридоз.

Аскаридоз — це захворювання, яке викликається круглими глистами (нематодами) — аскаридами.

Трихоцефальоз – ((trichocephalosis) – гельмінтоз із групи нематодозів, який характеризується ураженням органів шлунково – кишкового тракту.

Ентеробіоз (лат. Enterobiasis) — контагіозний антропонозний гельмінтоз з пероральним передаванням, спричинений гостриками, з переважною локалізацією гельмінтів у ілеоцекальній частині кишечника, що проявляється періанальним свербінням, кишковими і нервовими розладами.

Гіменолепідоз — контактний кишковий гельмінтоз; захворювання, яке викликається цип'яком карликовим (*Hymenolepis nana*).

Цип'як — черв'як невеликих розмірів, довжиною до 5 см. Кінцевим та проміжним хазяїном гельмінта, єдиним джерелом інвазії є людина.

Трихінельоз (trichinellosis) — гостре паразитарне захворювання людини та ссавців, яка спричиняється нематодою *Trichinella spiralis*.

Нематодози (nematodoses) – хвороби людини, які викликані круглими черв'яками (нематодами).

Дизентерія — гостре ураження людини з переважним ушкодженням дистального відділу товстої кишки з типовими проявами гемоколіту, спричинене різними видами шигел.

Шигела (лат. - *Shigella*) — рід грам-негативних нерухомих бактерій паличковидної форми, що не утворюють спор.

Сальмонельоз— гостра інфекційна хвороба, яка зумовлюється численними серотипами бактерій роду сальмонел і характеризується переважним ураженням травного каналу.

Холера (від *chole* — жовч і *rheo* — течу) — антропонозне інфекційне захворювання, викликане холерними вібріонами, їхніми токсинами, що проникають через рот у травний тракт здорової сприйнятливої людини, супроводжуване зневодненням організму.

Грам-негативні бактерії — бактерії, що не зберігають фарбник кристал-віолет під час процедури фарбування за Грамом.

Ботулізм (з лат. *botulus* — ковбаса) — це гостре токсико-інфекційне захворювання, що спричиняється переважно дією токсину *Clostridium botulinum*, і характеризується міоплегією та офтальмоплегією, парезом кишечника, розладами вегетативної інервації, при тяжкому перебігу — бульбарним синдромом і гострою дихальною недостатністю.

Ботулізм – це гостре інфекційне захворювання, яке виникає в результаті вживання продуктів, які містять отруйні речовини (токсин), що виробляють бактерії ботулізму. Цей токсин є одним з найсильніших з усіх відомих отрут.

Хвороба Боткіна – це вірусне захворювання, що протікає із загальною інтоксикацією і переважним ураженням печінки. До нього відноситься вірусний гепатит А (інфекційний гепатит), вірусний гепатит В (сироватковий гепатит).

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК (ДО КУРСУ «ПЕДІАТРІЯ»)

Абсцес – наповнена гноем порожнина в тканинах тіла, що відокремлюється більш-менш розвиненою капсулою.

Алергія – стан підвищеної чутливості організму відносно до певної речовини чи речовин (алергенів), переважно органічних, що розвивається при повторній дії цих речовин.

Анартрія – втрата здатності утворювати мовні звуки.

Анатоксин – бактеріальні токсини, що втратили в результаті специфічної обробки токсичність, але зберегли антигенні та імуногенні властивості.

Аномалія – структурні чи функціональні відхилення певної частини організму від норми чи середнього значення в той чи інший бік, які виникають в результаті порушення індивідуального розвитку.

Аntenатальний період – період розвитку організму від моменту утворення зиготи до початку пологів.

Антибіотики – хіміотерапевтичні препарати, що утворюються мікроорганізмами або ті, які отримують з тканин рослин і тварин, що мають властивості вибірково пригнічувати життєдіяльність збудників захворювань (бактерій, грибів, вірусів, найпростіших) чи затримувати розвиток злоякісних новоутворень.

Антитіла – білки сироватки крові й імуноглобуліни – це складова частина імунної системи організму, що допомагає боротися зі збудниками різних інфекцій.

Артропатія – захворювання суглобів в результаті порушень трофічної іннервації і чутливості.

Атаксія – розлад координації довільних рухів.

Бактерії – група мікроскопічних, переважно одноклітинних організмів, які мають клітинну стінку, але не мають оформленого ядра, без хлорофілу і пластид, розмножуються діленням.

Біологічні ритми – циклічні коливання інтенсивності та характеру біологічних процесів, їх кількісні й якісні зміни, що відбуваються на всіх рівнях життя.

Вакцина – препарат для щеплення, виготовлений зі знешкоджених живих чи убитих мікроорганізмів, якими користуються для імунізації людей і тварин, щоб запобігти або лікувати хворобу.

Вакцинація – метод створення активного імунітету проти інфекційних захворювань.

Вакцинопрофілактика – профілактика інфекційних захворювань із застосуванням вакцин.

Валеологія – сучасна інтегральна наука про фундаментальні закони духовного і фізичного здоров'я як окремої особистості, так і всього людського суспільства на новому етапі його духовно-творчої еволюції; наука, в основі якої лежить перевірена досвідом багатьох століть ідея про

те, що завдяки правильному світобаченню і відповідній поведінці людина здатна забезпечити собі довге, радісне і активне творче життя.

Васкуліт – захворювання, пов'язане із запальними процесами в стінках кровоносних судин.

Відпочинок – процес відновлення працездатності у стані спокою, або при такій діяльності, яка знімає втому.

Віруси – неклітинні форми життя, здатні проникати в деякі живі клітини і розмножуватись тільки в них.

Вітаміни – біологічно активні речовини, необхідні в невеликих кількостях для нормального обміну речовин і життєдіяльності живих організмів.

Втома – сукупність змін у фізичному і психічному стані людини, які розвиваються в результаті її діяльності і призводять до тимчасового зниження її ефективності.

Геміплегія – повна втрата довільних рухів в руці і нозі з одного боку.

Гемодинаміка – галузь [фізіології](#), яка вивчає закономірності руху [крові](#) [кровоносними судинами](#).

Геморагічний – той, що супроводжується крововиливом.

Гігієна – розділ профілактичної медицини, який вивчає вплив зовнішнього середовища на здоров'я людини, її працездатність і тривалість життя, який розробляє заходи, спрямовані на попередження виникнення хвороб і створення умов, які забезпечують збереження здоров'я.

Гіперкінезія – насильницькі мимовільні рухи в різних групах м'язів.

Гіперестезія – надмірно підвищена чутливість організму до сприймання звичайних зовнішніх подразників.

Гіпотрофія – хронічний розлад трофіки тканин, що належить до дефіцитних станів та характеризується зменшенням ваги відносно зросту.

Деменція – стійке порушення когнітивних функцій в результаті органічного ураження мозку.

Діурез – об'єм [сечі](#), що утворюється за певний проміжок часу.

Дизартрія – порушення мовної функції, виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи.

Дизентерія – інфекційне захворювання, яке поширюється епідемічним способом при зараженні людини через травний тракт.

Ексудативний діатез – це особлива схильність шкіри і слизових оболонок дитини до катарально-запальних (ексудативних) процесів, пов'язаних з порушенням нервово-трофічних функцій центральної нервової системи.

Емоції – реакції людини і тварини на дію внутрішніх і зовнішніх подразників, які мають яскраво виражене суб'єктивне забарвлення і охоплюють всі види чутливості і переживань, пов'язані з задоволенням чи незадоволенням різноманітних потреб організму.

Енантема – висип будь-якого виду і походження на слизових оболонках, в тому числі і внутрішніх органах.

Енцефаліт – запалення головного мозку.

Енцефалопатія – захворювання, при якому дистрофічно змінюється

тканина мозку, що призводить до порушення його функції.

Епідемія – поширення епідемічного процесу на велику територію та велику кількість населення.

Етіологія – вчення про причини виникнення хвороб.

Імунітет – несприйнятливість організму до інфекційних і неінфекційних агентів та речовин, що мають сторонні антигенні властивості.

Імуноглобулін – це білки плазми, що продукуються В-лімфоцитами і здійснюють специфічний гуморальний захист шляхом розпізнання і зв'язування антигенів.

Імунопрофілактика – заходи, направлені на боротьбу з інфекційними захворюваннями шляхом створення специфічної несприйнятливості до них.

Іннервація – постачання органів і тканин нервами, що забезпечують їхній зв'язок з [центральною нервовою системою](#) (ЦНС).

Інкубаційний період – початковий період інфекційних захворювань, що починається з моменту проникнення хвороботворного мікроба в організм до розвитку перших клінічних ознак хвороби.

Інтерферон – відкритий англійським дослідником А. Айзексом білок, призначений захистити клітину від проникнення в неї чужої генетичної інформації. Він автоматично виробляється і викидається клітиною в навколишню тканинну рідину відразу ж після того, як у клітину проникає будь-яка стороння нуклеїнова кислота.

Інтоксикація – отруєння токсинами.

Інфекційні хвороби – група захворювань, що викликаються патогенними мікроорганізмами і характеризується специфічністю збудника, заразністю, наявністю інкубаційного періоду, циклічністю перебігу, реакціями взаємодії патогенного мікроорганізму та макроорганізму і утворенням пост-інфекційного імунітету.

Інфекція – проникнення та розмноження патогенних мікроорганізмів в макроорганізмі, їх взаємодія з розвитком різних форм інфекційного процесу від носія збудника до інфекційного захворювання.

Інфільтрат – скупчення в тканинах організму клітинних елементів з домішками крові і лімфи.

Іррадіація – поширення відчуття болю за межі безпосередньо враженого місця чи органа.

Карантин – система заходів, спрямованих на попередження поширення інфекційних захворювань із епідемічного осередку. Карантин може бути накладений на гуртожиток, школу, дошкільний заклад.

Кінестетичні відчуття (рухові) – це відчуття людиною рухів і положення частин власного тіла, мають важливе значення в підтриманні м'язового тону, координації рухів, в утворенні рухових навичок і пізнанні різних предметів зовнішнього світу.

Кір – це широко поширене гостре інфекційне захворювання, що передається повітряно-крапельним шляхом, що зустрічається головним

чином у дітей і характеризується підвищенням температури, запаленням слизових оболонок носа, очей і горла і появою на шкірі висипки.

Краснуха – гостра інфекційна хвороба, що спричиняється вірусом краснухи, передається повітряно-крапельним шляхом, характеризується помірною інтоксикацією, незначним катаральним запаленням слизових оболонок очей і носа, дрібно плямистою екзантемою, генералізованою лімфаденопатією, головним чином потиличних лімфатичних вузлів.

Круп – це гостре запалення гортані та звуження її просвіту, супроводжується періодичною появою хриплого голосу, «гавкаючим» кашлем та утрудненим диханням.

Коки – бактерії кулястої форми.

Лімфаденіт – запалення лімфатичних вузлів.

Локальний – місцевий.

Мигдалики – органи лімфатичної системи, розміщені в слизовій оболонці ротової порожнини і гортані.

Мікрофлора – сукупність мікробів, що населяють певний ареал.

Опортуністичні інфекції – інфекційні захворювання, спричинені організмами, які зазвичай не зумовлюють хворобу в людині із здоровою імунною системою, але можуть розвиватися у людей з ослабленою імунною системою.

Організм – самостійно функціонуюча одиниця органічного світу, яку можна охарактеризувати як відкрити саморегульовальну систему, здатну реагувати на різноманітні зміни умов існування.

Органи чуття – спеціалізовані органи (нюх, смак, дотик, зір, слух, рівновага і положення тіла в просторі), через які нервова система отримує подразнення із зовнішнього і внутрішнього середовищ і сприймає ці подразнення у вигляді відчуттів. Показники органів чуття є джерелом наших уявлень про оточуючий світ.

Особистість – 1) людина як суб'єкт відносин і свідомої діяльності; 2) стійка система соціально значущих рис, які характеризують індивіда чи члена суспільства; 3) єдність унікальних і соціально-життєвих характеристик людини.

Пальпація («обмацування») – метод [медичного](#) обстеження хворого, заснований на дотикальному відчутті [руки](#), що виникає при русі і тиску [пальців](#) та [долоні](#). Розрізняють поверхневу і глибоку пальпацію.

Папула – твердий вузлик на шкірі людини.

Параліч – відсутність довільних рухів внаслідок ураження мозкових рухових центрів або рухових шляхів центральної чи периферійної нервової системи.

Пароксизм – посилення якого-небудь хворобливого випадку (лихоманка, біль, задишка) до найвищого ступеня.

Патогенез – механізми виникнення і розвитку хвороби і окремих її проявів на різних рівнях організму.

Період реконвалесценції (одужання) – процес, при якому відбувається ліквідація порушень, викликаних хворобою, відновлення нормальних відносин організму з середовищем.

Перитоніт – [запалення очеревини](#).

Пігментація – забарвлення шкіри або тканин тіла в результаті відкладення в них пігменту, особливо в надмірній кількості.

Плеврит – запалення плеври, двошарової оболонки, яка вистеляє грудну порожнину.

Пневмонія – інфекційне захворювання легенів, яке виникає як самостійна хвороба або як ускладнення інших захворювань.

Психогігієна – гігієна психічного життя.

Пубертатний період – період статевого дозрівання.

Рахіт – захворювання дітей грудного та раннього віку, що протікає з порушенням утворення кісток та недостатністю їх мінералізації, обумовлене головним чином дефіцитом кальцію і його активних форм в період найбільш інтенсивного росту організму.

Режим дня – розподіл праці, відпочинку, харчування і сну.

Режим харчування – кількісна і якісна характеристика харчування, яка включає кратність, час прийому їжі, а також розподіл її за калорійністю і хімічним складом.

Режим праці і відпочинку – науково обґрунтована організація трудової діяльності, яка регламентує таке співвідношення праці і відпочинку, при якому висока ефективність праці співвідноситься без втрати для здоров'я, з високою і стійкою працездатністю людини протягом можливо тривалого часу.

Ремісія – тимчасове мимовільне поліпшення в перебігові хвороби.

Респіраторний – дихальний, що відноситься до дихання, наприклад, респіраторне захворювання.

Рецидив – це новий прояв хвороби після уявного або неповного її припинення.

Симптом – ознака патологічного стану чи хвороби.

Симптом Пастернацького – ознака захворювання нирок (зокрема, ниркової коліки): хворобливість в ділянці нирок при постукуванні в поперековій ділянці.

Симптом Щоткіна-Блюмберга – симптом подразнення очеревини ([лікар натискає на передню черевну стінку](#), а потім швидко прибирає [палець](#): симптом вважається позитивним, якщо після прибрання пальця [біль](#) посилюється).

Середовище – сукупність зовнішніх умов, діючих на організм, популяцію чи більш складні біотичні об'єднання, викликаючи відповідну реакцію у них за допомогою прямих чи непрямих взаємовідносин.

Сéпсис (гниття) – особливе гостре або хронічне захворювання, що характеризується прогресуючим поширенням в організмі інфекційного фактору з розвитком тяжких органних порушень, пошкоджень систем

організму.

Смегма – суміш секрету сальних залоз крайньої плоти.

СНІД (синдром набутого імунodefіциту) – прояв ВІЛ-інфекції і, як правило, заключна стадія захворювання.

Соматичний – тілесний, фізичний.

Спосіб життя – стійка, довготривала система відносин людини з природним і соціальним середовищем, уявлень про моральні і матеріальні цінності, наміри, вчинки, стереотипи поведінки, реалізації стратегій, спрямованих на задоволення різноманітних потреб, на основі адаптації до правил, законів і традицій суспільства.

Стрес – стан напруження організму – сукупність фізіологічних реакцій, що виникають в організмі тварин і людини у відповідь на вплив різноманітних негативних факторів: холоду, голоду, психічних і фізичних травм, опромінення, крововтрати, інфекції чи, навпаки, винятково позитивних –радісті.

Тахікардія – прискорене [серцебиття](#). Розрізняють тахікардію як патологічне явище, тобто збільшення частоти серцевих скорочень (ЧСС) в спокої, та тахікардію як нормальне фізіологічне явище (збільшення ЧСС в результаті фізичного навантаження, в результаті хвилювання або страху).

Токсикоінфекція – інфекція, що розвивається в результаті дії токсину.

Токсин – отруйна речовина, що утворюється мікроорганізмами, а також деякими тваринами і рослинами.

Тривога – емоційний стан, який виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки і проявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій.

Туберкулін – речовина із збудника туберкульозу, що викликає алергізацію організму; використовується для діагностики туберкульозу.

Умови життя людини – кількісне співвідношення потреб людини і соціальних, антропогенних, природно-антропогенних і природних обставин і можливостей їх задоволення.

Фосфатурія – порушення обміну фосфору і кальцію в організмі.

Фотопсія – це суб'єктивні світлові відчуття у вигляді іскор, блиску, блискавок, вогняних поверхонь і т. ін.

Харчування – процес надходження, переварювання, всмоктування і засвоєння речовин, необхідних організму для відновлення його енерговитрат, побудови і відновлення тканин і регуляції функцій організму.

Хвороба – порушення нормальної життєдіяльності організму, обумовлене функціональними або (та) морфологічними змінами.

Ціаноз – синюшний [колір шкіри](#) або [слизових оболонок](#), пов'язаний з присутністю [гемоглобіну](#) [еритроцитів](#), який недостатньо насичений [киснем](#), у поверхневих [судинах шкіри](#) та слизової оболонки.

Я – результат виділення людиною себе із оточуючого середовища, який дозволяє їй відчувати себе суб'єктом своїх фізичних і психічних станів, дій і процесів, переживати свою цілісність і тотожність із собою – як у відношенні до свого минулого, так і теперішнього, і майбутнього.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Акопян Г. Р. Підручник: Медицина дитинства / Г. Р. Акопян, Ю. Г. Антипкін. – Київ : «Здоров'я», 1994. – 704 с.
2. ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка, соціальний супровід, правовий захист / Авт.: Н. В. Котова, О. О. Старець, П. П. Олена, Н. В. Леончук, О. М. Панфілова, Т. А. Бордуніс, І. М. Дубініна, Л. В. Булах – К.: ТОВ «К.І.С.», 2010. – 176 с.
3. Вільчковський Е. С., Курок О. І. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку: Навч. посіб. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2019. – 466 с.
4. Вільчковський Е. С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку: Навч. посібник. / Е.С. Вільчковський. – Київ.: ІЗМН, 1998. – 94 с.
5. Возіанова Ж. І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж. І. Возіанова – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 – 601 с.
6. Гігієна харчування з основами нутриціології / За редакцією проф. В.І. Ципріяна. – К.: Медицина, 2007. – 544 с.
7. Денисенко Н. Впровадження програми з валеології / Н. Ф. Денисенко // Дошкільне виховання. – 1998. – № 9.
8. Денисенко Н. Оздоровчі технології – в освітній процес / Н. Ф. Денисенко // Дошкільне виховання. – 2009. – № 9. – С. 7–9.
9. Денисенко Н.Ф. Організація методичної роботи з фізичного виховання дітей у дошкільному закладі освіти // Педагогіка і психологія формування творчої особистості: проблеми і пошуки. Вип. 21. – Київ–Запоріжжя, 2001. – С. 302-307.
10. Доманова О. О. Нові форми дошкільної освіти / О. О. Доманова // Матеріали XII підсумкової науково-практичної конференції викладачів МДГУ : зб. наук. праць / за заг. ред. К. В. Балабанова. – Маріуполь : МДГУ, 2010. – 370 с. – С. 201–203.
11. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 424 с.
12. Закон України «Про дошкільну освіту»// Збірник законодавчих і нормативних актів про дошкільну освіту. – Запоріжжя : ТОВ «ЛІПС. Лтд.», 2003. – 246 с. – С. 8–9.
13. Исаков Ю. Ф. Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф. Исакова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – Т. 1. – 632 с
14. Інструкція з організації харчування дітей в ДНЗ (зі змінами від

26.02.2013 р.) – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0523-06>

15. Інфекційні хвороби / За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа, 1995. С.55-70.
16. Інфекційні хвороби. Курс лекцій : навч. посібник / Є. В. Нікітін, К. Л. Сервецький, Т. В. Чабан [та ін.]. – Одеса : ОНМедУ, 2012. – 252 с.
17. Капітан Т. В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми. – Вінниця-Київ, 2001. – С. 257-331.
18. Клінічне обстеження органів та систем у дітей // В. Г. Майданник, В. Д. Чеботарьова, М. А. Дадикіна та інші. – К.: «Супрамед», 1993. – С. 138-159.
19. Коментар до Базового компонента дошкільної освіти в Україні : наук.-метод. посіб. – К. : Ред. Журналу «Дошкільне виховання», 2003.
20. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні. – ЮНЕЙДС, 2009 р. – 44 с.
21. Коцур Н. І. Основи педіатрії і гігієни дітей раннього і дошкільного віку: Навчальний посібник. – Чернівці: Книги – XXI, 2004. – 576 с.
22. Крамарев С. О. Інфекційні хвороби у дітей / С. О. Комаров – К: МОРІОН, 2003. – 480 с.
23. Луцик О. Д. Гістологія людини / О. Д. Луцик , А. Й. Іванова, К. С. Кабак , Ю. Б. Чайковський. – Київ: Книга плюс, 2003. – 592 с.
24. Майданник В. Г. Сучасні проблеми та перспективи розвитку педіатрії в Україні / В. Г. Майданник // Здоров'я України. – 2006. – № 8.
25. Мойсак О. Д. Основи медичних знань і охорона здоров'я / О. Д. Мойсак. – К.: Арістей, 2007. – 616 с.
26. Омельченко Л. П. Здоров'ятворча педагогіка / Л. П. Омельченко, О. В. Омельченко. – Х. : Вид. група «Основа», 2008. – 205 с .
27. Особливості і семіотика захворювань дитячого віку / Під ред. чл.-кор. АМН України, проф. Сміяна І. С., проф. Майданника. – Тернопіль-Київ, 1999. – 146 с.
28. Патологія: учебник / Ю. В. Быць [и др.] ; под ред.: Н. Н. Зайко, Ю. В. Быця, Н. В. Крышталя. – К. : ВСИ Медицина, 2015. – 744 с.
29. Педиатрия: Учебник для студентов высших мед. учеб. заведений III-IV уровней аккредитации. 2-е изд., испр. и доп. / В. Г. Майданник. – Харьков: Фолио, 2002. – 125 с.
30. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / С. К. Ткаченко, Р. І. Поцюрко, Л. В. Беш та ін. – 2018. – 592 с.
31. Пропедевтика дитячих хвороб / Навчальний посібник за ред. проф.

О. Гнатейка. – Львів: Ліга-Прес, 2004. – С. 145-168.

32. Пропозиції щодо поширення досвіду діяльності центрів денного перебування для дітей з ВІЛ на базі Київського та Одеського центрів. – К.: Дитячий фонд ООН в Україні (ЮНІСЕФ), Український інститут соціальних досліджень, 2005. – 23 с.
33. Савчак В. І. Хвороби шкіри / В.І. Савчак, С.О. Галникіна – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001, С. 8-12, 27-30.
34. Савчин М. В. Вікова психологія.: навч. посібник / М. В. Савчин, Л. П. Василенко. – К.: Академвидав, 2005. – 202 с.
35. Славик М. Постава як фактор відображення здоров'я людини / М. Славик // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки (Т. 3) – Луцьк, 2008. – С. 138–141.
36. Смоляр В.І. Сучасні проблеми дитячої нутриціології/ В.І. Смоляр // Проблеми харчування. – 2007. – №3. – С. 22-30
37. Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней. / Под. ред. А. Ф. Фролова, Б. Л. Угрюмова, Е. К. Тринус. – К.: Здоровья, 1983. – 216 с.
38. Степанова Т. М. Еволюція змісту дошкільної освіти у другій половині ХХ століття : [моногр.] / Т. М. Степанова. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2010. – 184 с.
39. Ткаченко С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С. К. Ткаченко. – К. : «Вища школа», 1991. – 442 с.
40. Ткаченко С. К. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / С. К. Ткаченко, Р. І. Поцюрко, Л. В. Беш та ін. – К.: «Медицина», 2009. – 560 с.
41. Ткаченко, С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С. К. Ткаченко. – К. : Медицина, 2013. – 551 с.
42. Хвороби ендокринної системи у дітей. Сенаторова Г. С., Чайченко Т. В., Тельнова Л. Г., Гриф МОН України, 2012. – 61 с.
43. Хоменко Б. Г., Анатомія і фізіологія дитячого організму // Хоменко Б. Г., Дідков О. М. – К.: НПУ ім. Драгоманова, 2004. – 373 с.
44. Чеботарьова, В. Д. Пропедевтична педіатрія. / В. Д. Чеботарьова, В. Г. Майданник. – К., 1999. – С. 358-387.
45. Эндокринология: Пер. с англ. / Под ред. Н. Лавина. – М.: Практика, 1999. – 1128 с.
46. <http://www.hnb.com.ua>

-
47. <http://www.airspb.ru>
 48. <http://www.pediatr4.kiev.ua>
 49. [http:// www.pediatric.spb.ru](http://www.pediatric.spb.ru)
 50. [http://www.consilium- medicum.com/media/pediatr](http://www.consilium-medicum.com/media/pediatr)
 51. <http://www.health-ua.com>
 52. <http://www.medi.ru>
 53. <http://www.neonatology.ru>

**Сумський державний педагогічний університет
імені А.С. Макаренка**

Навчально-науковий інститут педагогіки і психології

Кафедра дошкільної і початкової освіти

СИЛАБУС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Педіатрія

галузь знань	01 Освіта/Педагогіка
Спеціальність	012 Дошкільна освіта
освітня-програма/програми	Дошкільна освіта

УХВАЛЕНО

Рішенням кафедри _____

Протокол №__ від __ ____ 2022 року

Загальна інформація про дисципліну

Назва дисципліни	Педіатрія
Викладач (-і)	Канд. пед. наук, професор Кондратюк С.М.,
Профайл викладача (-ів)	http://dpo.ipp.sspu.edu.ua/index.php/homepage/sklad-kafedri/102-kondratyuk-svitlana-mikolajivna http://fc.sspu.edu.ua/
Контактний тел.	0542 685914
E-mail:	kondratiuks.m@gmail.com
Сторінка курсу в Moodle	дисципліна в системі Moodle
Консультації	Щопонеділка з 11.00 по 12.30

Анотація до дисципліни

В системі національного виховання найважливішим завданням на сьогодні є забезпечення повноцінного розвитку дітей, охорона та зміцнення їхнього здоров'я, як неодмінної умови формування майбутнього громадянина України. Вивчення навчальної дисципліни Педіатрія студентами закладів вищої освіти галузі знань 01 Освіта/Педагогіка спеціальності Дошкільна освіта забезпечує вирішення цих питань. Предметом вивчення навчальної дисципліни є процес та особливості патологічних станів дітей дошкільного віку. Вивчення курсу педіатрії ґрунтується на знаннях отриманих при вивченні анатомії дитини, основ валеології, вікової та педагогічної психології, дошкільної педагогіки, фізичної культури.

Мета і завдання дисципліни

Метою навчальної дисципліни є підготовка студентів – майбутніх фахівців з дошкільної освіти до збереження здоров'я дітей, профілактики захворювань та вміння своєчасно визначати погіршення стану здоров'я дошкільників, а також формування у них навичок здорового способу життя.

Основними завданнями вивчення дисципліни є:

Методичні – ознайомити студентів з основами організації здоров'язберігаючого виховання в дитячих закладах освіти; формувати у студентів відповідальне ставлення до ролі вихователя як рятувальника здоров'я дитини та пропагандиста здорового способу життя. Прагнення поповнювати свої знання здоров'язберігаючими технологіями, підвищувати професійну майстерність.

Пізнавальні – надати студентам наукові знаннями про анатомо-фізіологічні особливості та патологічні стани дітей, сутність та

механізми здоров'я дитини і засоби його збереження, ознайомлення з найбільш розповсюдженими дитячими хворобами.

Практичні – застосовувати теоретичні знання з курсу у педагогічній практиці в дитячих закладах освіти. Структурувати зміст навчального матеріалу за його компонентами, виділяти знання та уміння, що мають використовуватися вихователями дитячих закладів освіти. Здійснювати вибір форм та методів роботи з дошкільниками для правильного нервово-психічного розвитку в залежності від стану здоров'я, віку та індивідуальних особливостей дитини.

Виховні – виховувати у студентів спостережливість, чуйність, милосердя, дисциплінованість, відповідальність за життя і здоров'я дітей.

Формат дисципліни.

Вказується характеристика дисципліни: навчальний предмет Педіатрія є нормативною дисципліною професійної підготовки бакалаврів, вивчається на 1 курсі у 2 семестрі відповідно до навчального плану спеціальності 012 Дошкільна освіта. Вид навчальних занять: лекції, практичні, консультації, самостійна робота. Форма підсумкового контролю: *екзамен*.

Обсяг дисципліни

Вид занять	Загальна кількість годин денна/заочна форма навчання
лекції	18/6
семінарські заняття	20/6
консультації	4/4
самостійна робота	78/104

Ознаки дисципліни

Рік викладання	Курс навчання	Семестр	Кількість кредитів /годин	Кількість змістовних модулів	Форма контролю	Нормативна/вибіркова
2020-2021 н.р.	1	2	4/120	3	екзамен	нормативна

Результати навчання

Інтегральна компетентність

Здатність розв'язувати складні спеціалізовані завдання та практичні проблеми в галузі дошкільної освіти з розвитку, навчання і виховання дітей раннього і дошкільного віку, що передбачає застосування загальних психологопедагогічних теорій і фахових методик дошкільної освіти, та характеризується комплексністю та невизначеністю умов.

Загальні компетентності (КЗ)

КЗ-3. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

КЗ-6. Здатність до міжособистісної взаємодії.

КЗ-7. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

КЗ-8. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

КЗ-9. Здійснення безпечної діяльності.

Спеціальні (фахові, предметні) компетентності (КС)

КС-1. Здатність працювати з джерелами навчальної та наукової інформації.

КС-6. Здатність до виховання в дітей раннього і дошкільного віку навичок свідомого дотримання суспільно визнаних морально-етичних норм і правил поведінки.

КС-14. Здатність до формування в дітей раннього і дошкільного віку навичок здорового способу життя як основи культури здоров'я (валеологічної культури) особистості.

КС-15. Здатність до індивідуального і диференційованого розвитку дітей раннього і дошкільного віку з особливими освітніми потребами відповідно до їхніх можливостей.

КС-17. Здатність нести відповідальність за прийняття рішень у непередбачуваних умовах праці.

КС-18. Здатність знаходити, опрацьовувати потрібну освітню інформацію та застосовувати її в роботі з дітьми, батьками.

КС-20. Здатність до самоосвіти, саморозвитку, до безперервності в освіті для постійного поглиблення загальноосвітньої та фахової підготовки, перетворення набуття освіти в процес, який триває впродовж усього життя людини.

Тематичний план вивчення дисципліни.

Тема	Денна форма навчання/ Заочна форма навчання			
	Усього	Лекції	Семінарські заняття	Самостійна робота
Розділ 1. Загальні відомості. Вікові особливості розвитку дитини. Нагляд за дітьми у дитячих закладах.				
Тема 1.1. Педіатрія як наука. Поняття про здоров'я і	10/9	2/0,5	-/0,5	8/8

хворобу.				
Тема 1.2. Вікова періодизація та психофізична характеристика вікових періодів. Порухення розвитку дитини	9/9	1/0,5	1/0,5	7/8
Тема 1.3. Формування та збереження здоров'я дитини в закладах системи дошкільної освіти	8/8,5	-	1/0,5	7/8
Розділ 2. Хвороби систем і апаратів органів дітей дошкільного віку				
Тема 2.1. Захворювання опорно-рухового апарату в дітей	8/9	1/0,5	-/0,5	7/8
Тема 2.2. Хвороби органів дихання у дітей дошкільного віку	8/9	0,5/0,5	0,5/0,5	7/8
Тема 2.3. Захворювання органів черевної порожнини у дітей. Захворювання сечостатевої системи	8/9	0,5/0,5	0,5/0,5	7/8
Тема 2.4. Хвороби серцево-судинної та лімфатичної систем у дітей	9/9	0,5/0,5	0,5/0,5	8/8
Тема 2.5. Захворювання центральної та периферійної нервової системи у дітей	10/9	0,5/0,5	0,5/0,5	9/8

Розділ 3. Інфекційні дитячі захворювання. Інфекційні ураження дихальної та нервової систем.				
Тема 3.1. Поняття про інфекцію та інфекційні хвороби. Імунітет.	9/8,75	2/0,5	2/0,25	5/8
Тема 3.2. Інфекційні хвороби дихальних шляхів у дітей	9/8,75	2/0,5	2/0,25	5/8
Інфекційні ураження ЦНС.	5/4	2/		3/4
Тема 3.3. Туберкульоз. ВІЛ-інфекція	5/5	2/0,5	2/0,5	6/8
Тема 3.4. Кишкові інфекційні хвороби та гельмінтози у дітей	8/9	4/0,5	3/0,5	1/8
Тема 3.5. Інфекційні хвороби зовнішніх покривів	10/9	4/0,5	3/0,5	3/8
Консультації	4/4			
Усього годин:	120/120	18/6	20/6	78/104

Політика дисципліни

Організація навчального процесу здійснюється на основі кредитно-модульної системи відповідно до вимог Болонського процесу із застосуванням модульно-рейтингової системи оцінювання успішності студентів.

Зараховуються бали, набрані при поточному опитуванні, самостійній роботі та бали підсумкового контролю. При цьому обов'язково враховується присутність студента на заняттях та його активність під час практичних робіт.

Недопустимо: пропуски та запізнення на заняття; користування мобільним телефоном, планшетом чи іншими мобільними пристроями під час заняття (крім випадків, передбачених навчальним планом та методичними рекомендаціями викладача); списування та плагіат; несвоєчасне виконання поставленого завдання, наявність незадовільних оцінок за 50% і більше зданого теоретичного і практичного матеріалу.

Академічна доброчесність

Завдання студента — чесно та відповідально виконувати навчальну програму. Недопустимі такі явища, як списування або використання заборонених джерел, обман і шахрайство під час проведення оцінювання, відсутність на заняттях без поважної причини, хабарництво, інше.

У порушення правил академічної доброчесності здобувач:

- проходить повторне оцінювання (виконання завдання (теоретичного/семинарського, самостійного, модульного тощо);
- отримує зниження оцінки за виконання завдання.

Система оцінювання та вимоги

Поточний контроль здійснюється під час проведення семінарських занять і має на меті перевірку знань студентів з окремих тем навчальної дисципліни та рівня їх підготовленості до виконання конкретної роботи. Отримані студентами бали виставляються у журналах обліку відвідування та успішності академічної групи.

Модульний контроль (сума балів за окремий змістовий модуль) проводиться на підставі оцінювання результатів знань студентів після вивчення матеріалу з логічно завершеної частини дисципліни – змістового модуля шляхом складання тестів.

Завданням контролю самостійної роботи є перевірка розуміння та засвоєння певного матеріалу (теми), самостійно опрацьовувати тексти, здатності осмислювати зміст даної частини дисципліни, уміння публічно чи письмово подати певний матеріал.

Семестровий (підсумковий) контроль проводиться у формі екзамену.

Оцінка знань студентів здійснюється за 100 бальною шкалою:

Розподіл балів

Поточний контроль																Підс. контр. (екз.)	С у м а
РОЗДІЛ 1				РОЗДІЛ 2					РОЗДІЛ 3								
Т. 1.1	Т. 1.2	Т. 1.3	Т. 2.1	Т. 2.2	Т. 2.3	Т. 2.4	Т. 2.5	Мод. К.	Т. 3.1	Т. 3.2	Т. 3.3	Т.3.4	Т.3.5	Мод. К.	25	1 0 0	
Поточний контроль, у т.ч. самот. роб.																	
4	4	4	4	4	4	4	4	1 1	4	4	4	4	5	1 1			

Шкала оцінювання: національна та ECTS

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка ECTS	Оцінка за національною шкалою
		для екзамену, заліку, курсового проекту (роботи), практики
90-100	A	відмінно
82-89	B	добре
74-81	C	
64-73	D	
60-63	E	задовільно
35-59	FX	незадовільно з можливістю повторного складання
1-34	F	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

Критерії оцінювання результатів навчання

Шкала ECTS	Критерії оцінювання навчальних досягнень студента
A	Ставиться за повні та міцні знання матеріалу в заданому обсязі, вміння вільно виконувати практичні завдання, передбачені навчальною програмою; за знання основної та додаткової літератури; за вияв креативності у розумінні і творчому використанні набутих знань та умінь
B	Ставиться за вияв студентом повних, систематичних знань із дисципліни, успішне виконання практичних завдань, засвоєння основної та додаткової літератури, здатність до

	самостійного поповнення та оновлення знань. Але у відповіді студента наявні незначні помилки.
С	Ставиться за вияв студентом майже повних, систематичних знань із дисципліни, в більшій мірі успішне виконання практичних завдань, засвоєння основної та додаткової літератури, переважання здатність до самостійного поповнення та оновлення знань. Але у відповіді студента наявні помилки.
Д	Ставиться за вияв знання основного навчального матеріалу в обсязі, достатньому для подальшого навчання і майбутньої фахової діяльності, поверхову обізнаність з основною і додатковою літературою, передбаченою навчальною програмою; можливі суттєві помилки у виконанні практичних завдань, але студент спроможний усунути їх із допомогою викладача.
Е	
FX	Виставляється студентові, відповідь якого під час відтворення основного програмового матеріалу поверхова, фрагментарна, що зумовлюється початковими уявленнями про предмет вивчення. Таким чином, оцінка «незадовільно» ставиться студентові, який неспроможний до навчання чи виконання фахової діяльності після закінчення ВНЗ з можливістю повторного навчання за програмою відповідної дисципліни.
F	Виставляється студентові, відповідь якого під час відтворення основного програмового матеріалу далека від сутності, що зумовлюється відсутністю уявлень про предмет вивчення. Таким чином, оцінка «незадовільно» ставиться студентові, який неспроможний до навчання чи виконання фахової діяльності після закінчення ВНЗ без повторного навчання за програмою відповідної дисципліни.

Рекомендована література та інформаційні ресурси

Основна:

1. Кондратюк С. М., Лянна О. В. Основи педіатрії. 2-е вид., перероб. та доп. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Дошкільне навчання». Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2019. 202 с.
2. Ткаченко С. К., Поцюрок Р. І. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики. К. : Медицина, 2013. 551 с. Електронний ресурс: <https://www.twirpx.com/file/2042014/>
3. Белецька Л. М. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. (Рос. мовою). Монография. 2-е вид., перероб. і

доп. / Белецька Л. М. та ін. Під редакцією професора Г. І. Белебезьова. Львів 2004, 188 с.

4. Гігієна дітей та підлітків: Підручник / За ред. чл.-кор. АПН України, д.м.н., професора Берзінь. К.: Видавничий дім «Асканія», 2008, С.303.
5. Про затвердження Державних санітарних норм та правил "Влаштування, обладнання, утримання дошкільних навчальних закладів та організації життєдіяльності дітей". Електронний ресурс: http://www.search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE23902.html
6. Мойсак О. Д. Основи медичних знань і охорона здоров'я. К.: Арістей, 2007. 616 с.
7. <http://medi.ru> – статті по актуальним вопросам педиатрии .
8. <http://med-lib.ru> – «Медицинская он-лайн библиотека в педиатрии .

Додаткова:

1. Тяжка О. В., Антошкіна А. М., Васюкова М. М. та ін. Основи догляду за дітьми / за ред. О.В. Тяжкої. К.: Медицина, 2013. 152 с.
2. Атаман А. В. Патологічна фізіологія в запитаннях та відповідях (перевидання). К.: Вища шк., 2000. 608 с.
3. Положення про комплексну оцінку здоров'я дітей (затверджено МОЗ України 29.11.2002).

ПИТАННЯ ДО ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ

1. Педіатрія як наука. Зародження педіатрії на українських землях. Розвиток педіатрії в Україні як окремої науки.
2. Поняття про здоров'я. Складові здоров'я.
3. Загальне вчення про хворобу. Основні причини, ознаки хвороби. Стадії хвороби. Загальна класифікація захворювань.
4. Роль спадковості, конституції, віку та статі у виникненні захворювань.
5. Поняття терміну «інфекція». Шляхи передачі інфекції. Запобігання інфекційним хворобам.
6. Класифікація інфекційних хвороб. Принципи профілактики інфекційних хвороб.
7. Імунна система організму дитини. Поняття імунітету, його форми. Щеплення: види, графік вакцинації дітей дошкільного віку.
8. Анатомо-фізіологічні особливості дихальної системи дітей дошкільного віку.
9. Грип: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
10. Застуда. Гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ)
11. Ангіна: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
12. Дифтерія: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.

-
13. Коклюш (кашлюк): епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 14. Епідемічний паротит та отит у дітей: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 15. Менінгіти та менінгоенцефаліти у дітей: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 16. Енцефаліти: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 17. Поліомієліт: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 18. Пращець: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 19. Сказ: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 20. Поняття про туберкульоз. Етіологія. Патогенез. Шляхи зараження. Особливості протікання захворювання у дітей. Розпізнання туберкульозу у дітей. Профілактика.
 21. Особливості протікання СНІДу у дітей. Патогенез. Епідеміологія. Форми ВІЛ-інфекції. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції. Діагностика. Лікування. Профілактика.
 22. Анатомо-фізіологічні особливості системи органів травлення у дітей дошкільного віку.
 23. Гельмінтози: джерело та шляхи зараження. Спосіб дії гельмінтів на організм. Профілактика.
 24. Аскаридоз: клініка, лікування, профілактика.
 25. Трихоцефальоз: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 26. Ентеробіоз: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 27. Гіменолепідоз: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 28. Трихінельоз: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 29. Дизентерія: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 30. Сальмонельоз: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 31. Холера: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 32. Ботулізм: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 33. Хвороба Боткіна: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 34. Анатомо-фізіологічні особливості шкіри у дітей дошкільного віку
 35. Натуральна віспа: етіологія, епідеміологія, форми, лікування, профілактика.
 36. Вітряна віспа: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування.
 37. Кір: шляхи передачі, ознаки, ускладнення, догляд за хворими дітьми
 38. Краснуха: шляхи передачі, ознаки, догляд за хворими дітьми
 39. Скарлатина: шляхи передачі, ознаки, догляд за хворими дітьми
 40. Педікульоз: шляхи передачі, ознаки, лікування, профілактика.

Кондратюк Світлана Миколаївна

ПЕДІАТРІЯ (дитячі інфекційні хвороби)

Методичні рекомендації

Суми: Видавництво СумДПУ, 2022 р.
Свідоцтво ДК № 231 від 02.11.2000 р.

Відповідальний за випуск: О.Ю. Кудріна
Комп'ютерний набір і верстка авторів

Формат 60x84/16. Гарн. Cambria.
Друк ризогр. Папір друк.
Ум. друк. арк. 6,95. Обл.-вид. арк. 6,4
Тираж 100 прим. Вид. №

Видавництво СумДПУ імені А. С. Макаренка
40002, м. Суми, вул. Роменська, 87

Виготовлено на обладнанні СумДПУ імені А. С. Макаренка