ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

«БЕЛЕБЕЕВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

УТВЕРЖДАЮ

Директор

ГАПОУ РБ «Белебеевский

медицинский колледж»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Р.М. Хайруллин.

Учебно-методическое пособие

практического занятия для обучающихся

с использованием кейс-технологии для дистанционного обучения

по части 3 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
в педиатрии в структуре МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом
и реабилитационном процессах

Тема: «Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения»

для специальности: 34.02.01 Сестринское дело базовая подготовка

Белебей, 2020 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Рассмотренона заседании цикловой комиссиипрофессиональных модулейСестринского делаПротокол № 1«31» августа 2020 г.(*подпись имеется*) /М.Р. Короткова/  | Составлено на основе Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело, утвержденного приказом Министерства образования и науки РФ от 12 мая 2014г. №502Зав. отделом по учебной работе (*подпись имеет*ся) /Л.Р.Логанова/ |

Составители:

Е.В. Гришина – преподаватель ГАПОУ РБ «Белебеевский медицинский колледж»

О.П. Слющенкова - – преподаватель ГАПОУ РБ «Белебеевский медицинский колледж»

Содержание

[1. Пояснительная записка 4](#_Toc58429747)

[2. Структура занятия 8](#_Toc58429748)

[3. Технологическая карта 9](#_Toc58429749)

[4. Организационно-мотивационный этап 10](#_Toc58429750)

[5. Процессуально-содержательный этап 12](#_Toc58429751)

[6. Оценочно-рефлексивный этап 14](#_Toc58429752)

[Литература 15](#_Toc58429753)

[Приложения 16](#_Toc58429754)

1. **Пояснительная записка**

Учебно-методическое пособие практического занятия для обучающихся с использованием кейс-технологии для дистанционного обучения по теме «Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения» разработано в соответствии с ФГОС СПО+ по специальности подготовки.

Данная тема входит в изучение части 3 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в педиатрии в структуре МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах по специальности 34.02.01 Сестринское дело. На его проведение по программе выделено 180 мин.

Так как практические занятия и учебная практика по изучаемому разделу профессионального модуля проводится в условиях дистанционного обучения, поэтому представленная кейс – технология по методам ситуационно-ролевых игр и ситуационного анализа по данной теме дает возможность максимально приблизить студента к профессиональной действительности. Наряду с усвоением необходимых профессиональных знаний и умений проводится поиск быстрого и правильного решения в предложенной ситуации, что способствует развитию клинического и логического мышления.

Помимо этого, кейс-метод имеет потенциал для реализации интегрированного обучения. Данный метод направлен на решение определенной проблемы, однако данная проблема не дается в готовом виде, а формулируется преподавателем, исходя из условий реальной учебной ситуации. Суть его в том, что студентам предлагают осмыслить реальную жизненную ситуацию, описание которой одновременно отражает не только какую-либо практическую проблему, но и актуализирует определенный комплекс знаний, который необходимо усвоить при разрешении данной проблемы. Предлагаемые студентами решения могут быть оценены по степени эффективности, по степени риска, по обоснованности решения, по затратам ресурсов, но при этом самые разные решения будут правильными, соответствующими заданию.

Таким образом, учебный материал подается студентам в виде ситуаций (кейсов), а знания приобретаются в результате активной и творческой работы: самостоятельного осуществления целеполагания, сбора необходимой информации, ее анализа с разных точек зрения, выдвижения гипотезы, выводов, заключения, самоконтроля процесса получения знаний и его результатов.

Цель кейс - технологии – собрать ключевую фразу. Выигрывает та команда, которая допустила минимальное количество ошибок (набрала больше баллов). На каждом этапе преподаватель и модераторы следят за правильностью выполнения заданий, а также выдают (за правильное их выполнение) подсказку, где находится «фрагмент» ключевой фразы. Если команда затрудняется в ответе или отвечает неправильно, то «фрагмент» ключевой фразы не выдается. Однако, следующее задание команды получают в любом случае. Заданий для команд всего 5 – по количеству фрагментов фраз. Ключевая фраза собирается всеми командами в одну фразу.

В результате использования данной технологии обучающиеся закрепят теоретические знания и умения по изучаемой теме, получат возможность работать в команде, отработать исследовательские и творческие навыки.

Цели занятия:

* привить интерес к выбранной профессии,
* обобщить и систематизировать пройденный материал,
* контроль знаний обучающихся,
* привить интерес к занятиям по специальности,
* развить познавательную активность студентов, их творческие и коммуникативные способности,
* развить навыки аналитического (логического) мышления,
* привить навык работы в группах.

Оснащение:

* методическое: лекционный материал, методические разработки для студентов, задания для самостоятельной работы, тестовые задания, глоссарий, ситуационные задач;.
* ТСО по теме: программа для проведения онлайн-конференции (ZOOM), GOOGLE диск, выход в интернет.

В результате изучения данной темы «Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения у детей старшего возраста» формируются профессиональные компетенции и общие компетенции.

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование результата обучения** |
| 1 | 2 |
| ПК 2.1.  | Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств. |
| ПК 2.2. | Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса. |
| ПК 2.3. | Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами. |
| ПК 2.4. | Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования. |
| ПК 2.5. | Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса |
| ПК 2.6. | Вести утвержденную медицинскую документацию. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 2 |
| ПК 2.7. | Осуществлять реабилитационные мероприятия. |
| ПК 2.8. | Оказывать паллиативную помощь. |
| ОК 1.  | Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес. |
| ОК 2.  | Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество. |
| ОК 3. | Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность. |
| ОК 4. | Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития. |
| ОК 5. | Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности. |
| ОК 6. | Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями. |
| ОК 7. | Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий. |
| ОК 8. | Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации. |
| ОК 9. | Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности. |
| ОК 10. | Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия. |
| ОК 11. | Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку. |
| ОК 12. | Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности. |
| ОК 13. | Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей. |

Студент должен знать:

* причины, клинические проявления, возможные осложнения заболеваний органов пищеварения;
* методы диагностики проблем пациента;
* пути введения лекарственных препаратов;
* подготовку к лабораторно-инструментальным методам исследования;
* принципы сестринского ухода при заболеваниях органов пищеварения.

Студент должен уметь:

* готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* осуществлять сестринский уход за пациентом при заболеваниях органов пищеварения;
* консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
* осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
* вести утвержденную медицинскую документацию.

Тема: Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения

Форма: кейс-технология.

Вид занятия – практическое, закрепление полученных знаний и умений.

Длительность –180 мин.

Место проведения: учебный кабинет с выходом в ZOOM, доступ к GOOGLE диск

Инновационные технологии: информационно-коммуникативные технологии, интерактивные технологии, кейс-технология, исследовательские технологии, проблемные технологии.

Методы контроля: устный опрос, письменный опрос, тесты, ситуационные задачи, оценочный лист.

Междисциплинарные связи:

* ОП.01 Основы латинского языка с медицинской терминологией.
* ОП.03 Анатомия и физиология человека.
* ОП.07. Фармакология.
* ОП.08 Основы патологии.
* ПМ.01 Профилактическая деятельность.
* ПМ.03 Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях.
* ПМ.06 Младшая медсестра по уходу за больными.

Внутридисциплинарные связи:

* ПМ.02, МДК.02.02. Основы реабилитации.
* Части раздела МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях.
1. **Структура занятия**

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| Проверка подготовки технических средств обучения для проведения занятия у преподавателя и студентов |  20 мин. |
| Приветствие, объявление темы и порядка работы на занятии | 10 мин |
| Мотивация занятия | 5 мин |
| Терминологическая разминка | 25 мин. |
| Задание «Собери пазл» | 20 мин |
| Задание по картинкам | 5 мин. |
| Ситуационная задача  | 50 мин. |
| Тестовый контроль | 25 мин. |
| Заполнение оценочного портфолио | 10 мин. |
| Подведение итогов занятия | 10 мин. |

1. **Технологическая карта**

Таблица 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Этапызанятия | Время(мин) | Содержание этапов занятия | Используемые методыи средства обучения | Достигаемыецели |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Организационно-мотивационный  | 35 | Объяснение, беседа, постановка цели.Мотивация. | Проверка подготовки технических средств обучения для проведения занятия у преподавателя и студентов Интерактивные технологии.Взаимное приветствие, проверка отсутствующих | Отметка готовности рабочих мест студентов к занятию.Организация побуждения к мыслительной деятельности студентов,внимания. |
| 2. | Процессуально-содержательный | 125 | Терминологическая разминка, задание «собери пазл», задание по картинкамрешение задачи, тесты | Экспертное наблюдение и оценка. ИКТ, интерактивные технологии, кейс-технологии, исследователь-ские технологии, проблемные технологии, ролевая игра. | Овладение и закрепление знаний и умений по теме.Формирование ОК и ПК. |
| 3. | Оценочно-рефлексивный | 20 | Краткие выводы о проделанной работе, подведение итогов, обобщение, краткая перспектива на следующее занятие. | ИКТ.Методы контроля и оценки.Рейтинговая система оценки. Оценочное портфолио.  | Успешное овладение материалом.Привитие интереса к изучению дисциплины. |

1. **Организационно-мотивационный этап**

Уважаемый студент!

Любые отклонения в состоянии ребенка, даже незначительные и малоопасные заболевания, способны вселить в родителей ребенка ужас и панику, заставляя мучиться вопросом, как ему помочь? Что уж говорить тогда о сложных и достаточно тяжелых заболеваниях внутренних органов и систем у детей, которые нормальных родителей доводят до горьких слез.

К сожалению, количество детей с отклонениями в развитии и нормальной работоспособности внутренних органов за последние несколько лет значительно увеличилось. Дают о себе знать и неблагополучная экологическая ситуация, и длительные стрессы, в которых подолгу могут жить современные женщины в ожидании ребенка, и возрастающее количество матерей, безответственно относящихся к своему здоровью, что потом всегда проектируется и на здоровье ребенка.

Заболевания системы пищеварения часто встречаются в детском возрасте – 100-150 на 1000 детского населения. Значительное место в структуре этой патологии занимают болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Наиболее распространёнными заболеваниями являются гастродуодениты, хронический гастрит. Чаще всего эти болезни наблюдаются в возрасте 5-6 лет, т.е. периоды наиболее интенсивного развития всех органов и систем.

Роль медицинских сестер в борьбе с заболеваниями органов пищеварения ответственна. Результат лечения болезни во многом зависит от умелого и добросовестного выполнения медицинскими сестрами своих обязанностей.

На практическом занятии Вы закрепляете знания, полученные на теоретическом занятии.

Во время практического занятия Вы работаете с оценочным листом по теме «Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения». Занятие проходит в формате кейс-технологий. Кейс – форма занятия в виде командно-соревновательной игры. Вам надо пройти 4 этапа (выполнив задания), и угадать финальную ключевую фразу по теме. Успешная команда, опередившая соперника, получает дополнительно подсказку – часть ключевой фразы. Результат каждого этапа заносится в оценочное портфолио. В конце занятия, надо разгадать ключевую фразу, используя полученные «подсказки». Первые и успешные – будут победители.

Вначале, Вам предстоит принять участие в терминологической разминке. Отвечайте быстро, но правильно, если можете дополнить информацию – дополняйте, так как за это Вы получите дополнительные баллы. Команда, набравшая максимальное количество баллов получает «подсказку».

Второй этап – задание «Собери пазл». Из предложенных симптомов Вам необходимо выбрать те симптомы, которые составляют определенный синдром, характерный при заболеваниях органов пищеварения. Ответ оцените у преподавателя. Вам дается не более 20 минут.

Следующий этап занятия называется «Задание по картинкам». Из ассортимента предложенных иллюстраций, Вы определяете предполагаемое заболевание пациента. Затем оцените ответ у преподавателя. На этот этап Вам дается не более 5 минут.

Следующий этап – это проблемно-ситуационная задача (ролевая игра). На это задание у Вас 50 минут. Проверьте свой ответ, получите оценку и «подсказку».

Последний этап – тесты. На это задание выделено 25 минут. Вам надо прочитать условие, подумать и письменно выбрать один верный ответ и загрузить в GOOGLE диск. В конце этого этапа оцените свой ответ, получите оценку преподавателя и «подсказку».

В конце занятия выведите свою итоговую оценку, проанализируйте полученные «подсказки» и назовите ключевую фразу.

1. **Процессуально-содержательный этап**

**Рабочий лист**

**по теме «Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения»**

*При выполнении заданий используйте информационный блок в приложении*

1. **Терминологическая разминка**

На экране преподаватель для каждой команды выведет задания. Вам необходимо определить термины. За каждый правильный ответ вы получаете по 1 баллу. Результат вам необходимо занести в оценочное портфолио.

1. **Задание «Собери пазл»**

Из предложенных симптомов, выведенных на экран, Вам необходимо выбрать те симптомы, которые составляют определенный синдром, характерный при заболеваниях органов пищеварения. Ответ оцените у преподавателя. Критерии оценивания: 3 балла за правильный ответ (1 балл-1 пазл). Оценка выставляется в оценочное портфолио.

1. **Задание по картинкам**

Из ассортимента предложенных иллюстраций, выведенных на экран, Вы определяете предполагаемое заболевание пациента. Затем оцените ответ у преподавателя.

Критерии оценивания: 1 балл за правильный ответ Оценка выставляется в оценочное портфолио. Задание проверяется преподавателем.

1. **Решение проблемно-ситуационной задачи (форма – ролевая игра)**

Каждая подгруппа студентов получает одну проблемно-ситуационную задачу. Согласно условиям проведения ролевой игры распределяют следующие роли:

* лидер организовывает процесс ролевой игры, объясняет каждому члену команды его функции, помогает членам команды в выполнении заданий;
* медсестра №1 – осуществляет подготовку пациента к дополнительным методам исследования;
* медсестра №2 – составляет беседу о питании;
* медсестра № 3 – разъясняет особенности применения назначенных препаратов;
* медсестра № 4 – составляет план ухода на приоритетную проблему;
* эксперт-пациент находит ошибки и оценивает действия участников подгруппы. Каждый вопрос (роль) оценивается в 1 балл, неполный ответ 0,5 баллов, плюс 1 балл за творческий подход к выполнению своей роли.

Обсуждение задачи ведется через программу ZOOM.

1. **Тестовый контроль знаний**

Вам необходимо решить тестовые задания, выбирая один правильный ответ из 4-х предложенных. Результаты решения тестового контроля выкладываем на GOOGLE диск. Критерии оценивания: по количеству правильных ответов оценка выставляется в оценочное портфолио (максимальная оценка – 10).

1. **Оценочно-рефлексивный этап**

**Оценочное портфолио**

Таблица 4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Название этапа** | **Команда №1** | **Команда 2** |
|  | Терминологическая разминка |  |  |
|  | Задание «Собери пазл» |  |  |
|  | «Задание по картинкам» |  |  |
|  | Ситуационная задача |  |  |
|  | Тестирование |  |  |
|  | Ключевая фраза |  |  |
|  | **Итого:** |  |  |

**Литература**

**Основные источники:**

1. Тульчинская В. Д., Соколова Н. Г. Сестринский уход в педиатрии. Учебник. Ростов-на-Дону, Феникс, 2017.
2. Тульчинская В. Д., Соколова Н. Г. Сестринский уход в педиатрии. Практикум. Ростов-на-Дону, Феникс, 2016.

**Дополнительные источники:**

1. Запруднов А. М. Педиатрия с детскими инфекциями. Учебник. «Медицина», 2018.
2. Крюкова Д. А, Лысак Л. А. Здоровый челок и его окружение. Учебное пособие. Ростов-на-Дону, Феникс, 2018.
3. Молочный В. П., М. Ф. Рзянкина. Педиатрия неотложные состояния у детей. Справочник. Ростов-на-Дону, Феникс, 2016.
4. Святкина К. А., Белогорская Е. В. Детские болезни. Учебник. «Медицина», 2014.
5. Соколова Н. Г., Тульчинская В. Д. Педиатрия с детскими инфекциями. Учебник. Ростов-на-Дону, Феникс, 2016.

**Интернет- ресурсы**:

1. [http://WWW/.consultant.ru/](https://infourok.ru/go.html?href=http%3A%2F%2FWWW%2F.consultant.ru%2F) - нормативные документы;
2. [http://WWW/.recipe.ru/](https://infourok.ru/go.html?href=http%3A%2F%2FWWW%2F.recipe.ru%2F) - нормативные документы;
3. [WWW/.med-pravo.ru/](https://infourok.ru/go.html?href=http%3A%2F%2FWWW%2F.recipe.ru%2F) - нормативные документы и др.

**Приложения**

*Приложение № 1*

**Задания к этапу№1 «Терминологическая разминка»**

1. Наличие мышечных волокон в кале
2. Наличие в кале крахмальных зерен и клетчатки
3. Выделение газов из кишечника
4. Избыточное слюноотделение
5. Субъективное чувство жжения за грудиной, возникающее в результате заброса желудочного содержимого в пищевод и обусловленное длительным контактом содержимого желудка со слизистой оболочкой пищевода
6. Расстройство любой фазы акта глотания, проявляющееся затруднением при глотании, болью, дискомфортом за грудиной при прохождении пищи
7. Небольшие язвочки во рту, которые имеют сероватый, белый или желтоватый цвет и окружены покрасневшей слизистой
8. Образование сквозного отверстия его стенки с выходом содержимого в брюшную полость.
9. Осложнение язвенной болезни с вовлечением в деструктивный процесс смежного органа, ткани которого формируют дно дефекта
10. Воспалительный процесс в тонком кишечнике, сопровождающийся нарушением его функций и дистрофическими изменениями слизистой оболочки
11. Бактерия, являющаяся возбудителем таких заболеваний человека, как язва желудка и двенадцаптиперстной кишки, гастритов
12. Повышенное заглатывание воздуха при еде
13. Процесс разрушения и обезвреживания различных токсических веществ химическими, физическими или биологическими методами
14. Полужидкое содержимое тонкой кишки, представляющее собой смесь поступившего в нее пищевого содержимого желудка с поджелудочным и кишечным соками, а также с желчью

*Приложение 2*

**Задание к этапу №2 «Собери пазл»**

Диспепсический синдром

Абдоминальный синдром

Синдром интоксикации

**Симптомы:**

* Повышение АД;
* Слезотечение, светобоязнь;
* Слабость, утомляемость;
* Снижение аппетита;
* Рвота;
* Изжога;
* Запор (диарея);
* Метеоризм;
* Нарушение сна;
* Повышение температуры тела;
* Головная боль;
* Беспокойство ребенка;
* Болезненное мочеиспускание;
* Сыпь на коже;
* Боли в животе;
* Сердцебиение;
* Боли в области сердца;
* Отрыжка;
* Тошнота;
* Затрудненное дыхание

*Приложение 3*

**Задание к этапу №3**

****

****

*Приложение 4*

**Задания к этапу №4 «Решение проблемно-ситуационной задачи»**

Пациент К. 15 лет с диагнозом: Хронический гастродуоденит, стадия обострения находится на стационарном лечении в педиатрическом отделении. На данный момент пациент жалуется на острую боль в животе, которая возникла через 1.5 часа после еды. Родители пациента К. накануне принесли ему продукты питания: молоко, винегрет, копченую курицу, газированную воду с газом, йогурты, суп куриный.

Постовая медсестра детского отделения согласно назначению врача осуществляет подготовку к дополнительным методам исследования (контрольная ФГДС, кал на копрологию).

Согласно листу назначения проводит раскладку лекарственных препаратов.

Назначено:

* Кларитромицин по 500 мг 2 раза в день;
* Висмута трикалия дицитрат по 120 мг 3 раза в день;
* Омепразол по 1 капсуле (20 мг) 1 раз в день до обеда;
* Экстракт валерианы по 1 таб на ночь.

*Распределите роли и выполните задания соответственно вашим ролям.*

Вопросы:

1. Напишите подготовку пациенту к ФГДС, к сдаче кала на копрологию.
2. Какие продукты питания могли вызвать обострение болевого синдрома и почему? Составьте текст беседы о диете с ребенком или родственниками при данном заболевании.
3. Составьте памятку для пациента (родственников) по особенностям приема лекарственных препаратов в домашних условиях по образцу (таблица 1)
4. На приоритетную проблему составьте план сестринских вмешательств в виде таблицы (таблица 2).

**Пример заполнения памятки для пациента по приему лекарственных препаратов**

Таблица 1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Время дня** | **Отношение к еде** | **Название лекарства и его опознавательные признаки** | **Способ применения** | **Особенности приема** | **Симптомы, на которые следует обратить внимание** |
| Утро | До завтракаВо время завтракаПосле завтрака |  |  |  |  |
| День | До обедаВо время обедаПосле обеда |  |  |  |  |
| Вечер | До ужинаВо время ужинаПосле ужина На ночь |  |  |  |  |

Таблица 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приоритетные проблемы | Цели | План сестринских вмешательств |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Приложение 5*

**Задания к этапу №5 «Тесты»**

**Вариант 1**

1. АФО желудка грудного ребенка, верно все, кроме:

а) расположен вертикально

б) расположен горизонтально

в) кардиальный сфинктер развит слабо

г) пилорический сфинктер развит хорошо

1. Стоматиты бывают:

а) катаральный, гнойный

б) катаральный, герпетический, язвенный, кандидозный

в) катаральный, гангренозный

г) герпетический, флегмонозный

1. Источники заражение стоматита. Верно все, кроме:

а) мать ребенка

б) обслуживающий персонал

в) домашние животные

г) больной ребенок

1. Для герпетического стоматита характерно. Верно все, кроме:

а) повышение температуры, отказ от еды

б) усиление саливации

в) бело-желтые афты с красным ободком

г) белый творожистый налет на слизистой оболочке рта

1. Клинические симптомы кандидозного стоматита:

а) выраженная интоксикация, повышение температуры

б) гнойные пузырьки на слизистой полости рта

в) белый творожистый налет на слизистой оболочке полости рта

г) увеличение подчелюстных лимфатических узлов

1. Место паразитирования остриц:

а) тонкий кишечник

б) толстый кишечник и нижний отдел тонкого кишечника

в) легкие

г) желчный пузырь

1. Источники заражения аскаридоза:

а) грязные овощи и фрукты, грязные руки

б) молочные продукты

в) больной человек

г) мясо

1. Для гипертонической фирмы дискинезии желчевыводящих путей у детей характерны боли в правом подреберье:

а) ноющие, распирающие

б) схаткообразные, непродолжительные

в) постоянные тупого характера

г) усиливающиеся сразу после еда

1. Перед проведением перианального соскоба рекомендуется:

а) очистительная клизма

б) покормить

в) провести туалет промежности

г) не подмывать

д) дать желчегонный препарат

10. Постельный режим ребенку с обострением хронического гастродуоденита рекомендуют соблюдать до:

а) исчезновения пальпаторных болей

б) исчезновения жалоб на боль

в) исчезновения диспепсических явлений

г) полного выздоровления

11. Температура воды для постановки очистительной клизмы у детей раннего возраста составляет:

а) 20-220С

б) 18-200С

в) 36-370С

г) 28-300С

1. Количество воды для постановки очистительной клизмы новорожденному ребенку составляет:

а) 25-30 мл

б) 40-50 мл

в) 10-20 мл

г) 50-70 мл

13. Положение ребенка первых месяцев жизни при постановке клизмы и газоотводной трубки:

а) лежа на левом боку, прижимая ноги к животу

б) лежа на спине, приподняв ноги вверх

в) лежа на животе

г) все верно

14. Обязательное условие для постановки лекарственной клизмы:

а) промыть желудок

б) провести процедуру сразу после очистительной клизмы

в) температура лекарственного препарат 18-200С

г) провести процедуру после акта дефекации или постановки очистительной клизмы через 30 минут

15. Показания для постановки газоотводной трубки. Выберите неверный ответ

а) метеоризм

б) атония кишечника

в) запоры

г) отравления

16. Основная проблема при энтеробиозе:

а) кашель

б) боль в животе

в) запор

г) зуд в перианальной области

17. Основная причина хронического гастрита:

а) диетическая погрешность

б) вирус

в) эмоциональная перегрузка

г) наследственный фактор

18. Препараты, раздражающие ЖКТ, запивают:

а) минеральной водой

б) молоком

в) водой

г) киселем

19. Противопоказанием к постановке очистительной клизмы является:

а) кишечное кровотечение

б) метеоризм

в) подготовка к рентгенологическим и эндоскопическим исследованиям органов брюшной полости, УЗИ

г) отсутствие стула более двух суток (запор)

20. Газоотводную трубку не оставляют в кишечнике надолго, потому что:

а) могут образоваться пролежни в стенке кишечника

б) это утомит больного

в) закончится лечебный эффект

г) заканчивается ее стерильность

**Вариант II**

1. АФО полости рта новорожденного. Верно все, кроме:

а) слизистая оболочка богато снабжена кровеносными сосудами

б) большой язык

в) хорошо развиты слюнные железы, большой язык

г) недостаточное слюноотделение

2. Одной из наиболее частых причин гастрита у детей является

а) длительный прием салицилатов

б) пищевая аллергия

в) нерегулярное и неполноценное по составу питание

г) хронические заболевания печени и желчевыводящих путей

3.Вид гельминтоза Оснащение:

1. аскаридоз а) предметное стекло, скотч

2. энтеробиоз б) чистая стеклянная посуда, шпатель

4.Существенную роль в язвообразовании у детей отводят:

а) кишечной палочке

б) протею

в) хеликобактерным микроорганизмам

г) палочке молочно-кислого брожения

5. Основные проявления энтеробиоза. Верно все, кроме:

а) боли в животе

б) лихорадка

в) раздражительность

г) зуд в области ануса

6. Особенности питания при стоматите, верно, все кроме :

а) жидкая и полужидкая консистенция пищи

б) жидкая, термически щадящая пища

в) исключить острое, копченое

г) вводить твердую пищу

7. Склонность детей к срыгиванию обусловлен:

а) слабым развитием кардиального сфинктера

б) хорошим развитием кардиального сфинктера

в) слабым развитием пилорического сфинктера

г) хорошим развитием пилорического сфинктера

8. Возбудители стоматита:

а) вирусы, грибки, бактерии

б) острицы

в) шигелла

г) сальмонелла

9. Источники заражение стоматита. Верно все, кроме :

а) мать ребенка

б) обслуживающий персонал

в) домашние животные

г) больной ребенок

10. Заболевание, вызываемое острицами, называется:

а) аскаридоз

б) трихоцефалез

в) энтеробиоз

г) лямблиоз

11. Перед подготовкой к УЗИ органов брюшной полости за три дня рекомендуют исключить продукты

а) отварное мясо

б) сдобу, молоко

в) сыр, творог

г) рыбу

12. Первостепенное значение в лечении детей с гастритом имеет

а) режим

б) диетотерапия

в) назначение лекарственных средств

г) физиотерапия

13. Болевой синдром при заболеваниях желчевыделительной системы у ребенка провоцирует

а) перенесенное ОРВИ

б) переохлаждение

в) погрешность в диете

г) переутомление

14. Локализация боли при дискинезии желчевыводящих путей у детей

а) правое подреберье

б) правая подвздошная область

в) эпигастральная область

г) околопупочная область

15. Газоотводную трубку у детей после достижения эффекта необходимо извлечь максимум через:

а) 20 минут

б) 30-40 минут

в) 40-60 минут

г) через 60 минут

16. Глубина введения газоотводной трубки новорожденному ребенку:

а) 2-3 см

б) 3-4 см

в) 7-8 см

г) 10-15 см

17. Для исследования материала на патогенную кишечную флору необходимо:

а) собрать участки кала, выбирая слизь, гнойные комочки, прожилки крови

б) с разных мест, участками кала, содержащей примесь

свежей крови

в) с одного участка

г) не имеет значения

18.Показания для сбора анализа на энтеробиоз (соскоб). Выберите неверный ответ.

а) поступлении в ДДУ

б) посещение плавательного бассейна

в) подозрении на глистную инвазию

г) подозрения на ОКИ

19. Температуры воды, необходимая для промывания желудка:

а) 20-220С

б) 22-240С

в) 28-300С

г) 36-370С

20. Количество воды, необходимое для промывания желудка ребенку:

а) 30-50 мл

б) 50-100 мл

в) 100-150 мл

г) 1 литр на год жизни

*Приложение 6*

***Ключевая фраза:*** Хронический гастрит требует своевременной диагностики, соблюдение диетотерапии, применение лекарственных средств, организации ухода.

*Приложение 7*

**Информационный блок**

**Раздел I. Теоретический материал**

**Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения
у детей.**

Учебные цели:

1. Расширение, систематизация и закрепление теоретических знаний по теме «Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения у детей старшего возраста».

2. Знать:

* анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей;
* причины, факторы риска, возможные проблемы этих заболеваний;
* клинические проявления, методы диагностики, осложнения, лечение, уход.

**Стоматиты**

Стоматит – воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта.
**Этиология:** возбудителем заболевания являются микроорганизмы, вирусы, дрожжеподобные грибы, снижение иммунитета, предрасполагающие факторы: сухость слизистой и обилие кровеносных сосудов.
**Клиническая картина.**

Различают стоматиты:

1.катаральный

2.язвенный

3.герпетический

4.кандидозный

**Язвенный стоматит** чаще встречается у подростков и детей старшего возраста, имеющих кариозные зубы. Заболевание нередко начинается с повышения температуры тела. Отмечаются болезненность, отечность и кровоточивость десен. Появляются повышенное слюноотделение, гнилостный запах изо рта. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, покрыта грязно-серым налетом, на ее поверхности образуются мелкие язвочки. В тяжелых случаях – глубокие язвы с распадом ткани. Воспалительный процесс сопровождается увеличением регионарных лимфоузлов.



**Острый герпетический стоматит**является одним из клинических проявлений локальной герпетической инфекции. Встречается в основном у детей от 6 месяцев до 3 лет. Внезапно повышается температура тела до высоких цифр. Развиваются симптомы интоксикации: вялость, отказ от пищи, плохой сон. На слизистой оболочке полости рта в определенной последовательности появляются элементы поражения: пятна, везикулы, афты. Афты представляют собой болезненные белесовато-желтые бляшки различной величины, окруженные поясом гиперемии. Количество элементов бывает различным, от единичных до множественных, с большой площадью поражения. При обширных поражениях они могут сливаться. Слизистая оболочка ярко гиперемирована, отечна, кровоточит. Усиливается слюноотделение. Появляется неприятный запах изо рта. Увеличиваются регионарные лимфоузлы. Иногда везикулярные элементы обнаруживаются на коже лица. Заболевание продолжается 7 – 10 дней.



**Кандидозный стоматит (молочница)**наиболее часто встречается у детей грудного возраста, особенно у новорожденных и недоношенных. Заболевание вызывается дрожжеподобными грибами (кандидами). Кандиды являются сапрофитами слизистой оболочки рта, кишечника, кожи, влагалища и легко размножаются в слабокислой среде. Их патогенность зависит от состояния макроорганизма. Заражение может произойти экзогенным и эндогенным путями.

Экзогенное заражение возможно при непосредственном контакте с больным, через инфицированные предметы обихода или во время родов или кандидозе влагалища у роженицы. Возникновению вспышек заболевания в родильных домах и яслях способствуют нарушение правил личной гигиены и плохой уход за ребенком.

Эндогенный путь инфицирования наблюдается у ослабленных детей, а также при длительном применении антибиотиков или гормонов, когда кандиды изменяют свои свойства и становятся патогенными, вызывая развитие патологического процесса.

**Клиническая картина.** При развитии заболевания на слизистой оболочке щек, языка, деснах, твердом и мягком небе появляются точечные налеты, возвышающиеся над поверхностью. Сливаясь, они образуют белые пленки, напоминающие свернувшееся молоко.

**Лечение и уход.**

Необходимо информировать ребенка и его родственников о заболевании, изолировать ребенка, обеспечить отдельной посудой и предметами ухода. Пища должна быть теплой, жидкой или полужидкой, исключить острые и соленые блюда. Обеспечить регулярное проветривание помещения, влажную уборку, обработку поверхностей дезраствором. Осуществляется с учетом общего состояния ребенка. Важное значение имеет лечение основного заболевания, вызвавшего кандидозный стоматит. Назначаются общеукрепляющие средства и полноценное по возрасту питание. Пища должна быть богата белками и витаминами, у старших детей рекомендуется ограничивать углеводы. При распространенном процессе показаны противогрибковые антибиотики (нистатин, леворин). Важное значение имеет туалет полости рта. Для поддержания щелочной среды в полости рта слизистую оболочку орошают 2% раствором натрия гидрокарбоната. Рекомендуется смазывание (2-3 раза в день) слизистой 1-2% водными растворами анилиновых красителей, 5-10% растворами натрия тетрабората в глицерине.

**Профилактика.** В целях профилактики стоматитов необходимо соблюдать гигиену полости рта, своевременно лечить кариозные зубы. Больного с герпетическим стоматитом изолируют, помещение тщательно проветривают и кварцуют, поверхности обрабатывают дезраствором. За контактными детьми устанавливают наблюдение.

Необходимо выявлять и лечить кандидозные поражения у беременных, выполнять режима питания и правил ухода за ребенком. Ухаживающие лица должны тщательно мыть руки, игрушки, кипятить посуду и соски.

**Хронический гастродуоденит**

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки занимают первое место среди болезней органов пищеварения в детском возрасте. Они характеризуются хроническим воспалительным изолированным процессом в слизистой оболочке желудка (гастрит) или двенадцатиперстной кишке (дуоденит) или сочетанным их поражением (гастродуоденит).

**Этиология:**

1. Нерегулярное и неполноценное по составу питание

2. Злоупотребление острой и горячей пищей

3. Плохое пережевывание пищи.

4. Поражение слизистой оболочки желудка хеликобактерными микроорганизмами

5. Длительный прием некоторых лекарственных средств (салицилатов, препаратов калия, наперстянки, резерпина и др.)

6. Пищевая аллергия, химические и радиоактивные воздействия.

7. Постоянный заброс желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок, так называемый рефлюкс-гастрит.

8. При хронических заболеваниях других органов пищеварения (печени, желчных путей, поджелудочной железы, кишечника), а также сердечно-сосудистой системы, почек и т.д.

9. Наследственность (наличие в семье ребенка больных хроническим гастритом, язвенной болезнью).

**Клиническая картина.**Зависит от стадии заболевания и преимущественной локализации хронического воспалительного процесса в желудке либо двенадцатиперстной кишки.



Выделяют следующие стадии заболевания: обострения, стихания (неполной клинической ремиссии), клинической ремиссии. В стадии обострения у детей имеются самостоятельные боли в животе, диспепсические симптомы: отрыжка, изжога, тошнота, редко рвота. При пальпации отмечается болезненность в эпигастральной и пилородуоденальной областях (при гастродуодените). При глубокой пальпации живота определяется активное напряжение мышц брюшного пресса. В стадии неполной клинической ремиссии характерны отсутствие самостоятельных болей, но наличие выраженной болезненности при пальпации живота. Диспепсические явления менее выражены, чем при обострении заболевания, но еще сохраняются. В стадии клинической ремиссии болей и диспепсических симптомов нет, но инструментальные (рентгено-эндоскопические) исследования выявляют наличие изменений слизистой оболочки.

Хроническому дуодениту свойственны ноющие, реже схваткообразны боли, возникающие спустя 1 - 2 часа после приема пищи. Они сопровождаются ощущением тяжести, распирания в эпигастральной области, чувством тошноты, повышенным слюноотделением. Характерны общее недомогание, головная боль, потливость, сонливость, слабость, что рассматривается как нейровегетативные изменения.

При гастродуодените чаще отмечаются поздние боли, реже ранние или сочетанные. Болевой синдром при гастродуодените, как правило, более выражен, чем при изолированном гастрите и дуодените. Боли возникают утром натощак, днем, но могут быть ночными. Болезненность при пальпации одновременно определяется в эпигастрии, пилородуоденальной зоне, правом и левом подреберьях. На высоте обострения выявляется симптом Менделя (болезненность передней брюшной стенки при перкуссии), что отличает гастродуоденит и язвенную болезнь от изолированных гастрита и дуоденита, при которых этот симптом, как правило, отрицательный. Болевому синдрому всегда сопутствуют диспепсические явления, более выраженные и по времени продолжительные, чем при гастрите или дуодените.

В ранней диагностике заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки ведущее значение имеет эзофагогастродуоденоскопия, по показаниям проводится прицельная биопсия слизистой оболочки из пораженных участков с последующим гистологическим исследованием биоптатов. При эндоскопии определяются гиперемия слизистой оболочки, набухание складок, эрозии. Рентгенологическое исследование проводят по строгим показаниям из-за высокой дозы облучения и малой информативности метода при данной патологии. Важную роль играет исследование желудочной секреции с помощью тонкого зонда и внутрижелудочной рН-метрии.

**Лечение и уход.**

Медицинская сестра проинформирует больного и его родителей о заболевании, обеспечит госпитализацию в случае выраженного болевого синдрома. Организует щадящую диету ребенку (механически, химически, термически) с учетом фазы заболевания. Обеспечит ребенку 4-5 разовое питание малыми порциями, проконтролирует соблюдение постельного режима. Рекомендуют пшеничный белый хлеб и серый хлеб вчерашней выпечки, супы на обезжиренном мясном и рыбном бульонах, на овощных отварах с протертыми овощами и крупами, блюда из мяса и рыбы (котлеты, рубленные изделия), пюре из овощей, пудинги, каши, вермишель, тушеные овощи, кисели, желе, муссы, молоко и молочные продукты (при переносимости), яйца всмятку, масло сливочное и подсолнечное, чай некрепкий. Запрещаются изделия из сдобного теста, жареные мясо и рыба, сало, гусь, утка, сырые овощи и фрукты, черный хлеб, бобовые, соленья, копчености, маринады, газированные напитки, очень холодные и горячие блюда.

Назначение лекарственных средств преследует цель устранить болевой синдром, способствовать нормализации моторики желудочно-кишечного тракта и коррекции кислотности желудочного сока.

При болях назначают папаверин, платифилин, но-шпу.

Важное место в лечении заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки занимает терапия антацидными средствами. Предпочтение отдают неадсорбируемым антацидным алюминий содержащим (алмагель, фосфалюгель) и висмутосодержащим (викалин, викаир, де-нол) препаратам.

Назначают также витамин А, С, группы В (В1, В2, В6), седативные средства (настой пустырника, валерианы), настои и отвары ромашки, зверобоя, тысячелистника, чистотела.

Для улучшения трофики и репарации слизистой оболочки показаны нуклеинат натрия, пентоксил, гастрофарм.

Существенное значение имеет физиотерапия: грязелечение, термотерапия (аппликации парафина, озокерита), электротерапия (электрофорез кальция, новокаина, папаверина), гидротерапия (души, ванны).

**Дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП)**

Дискинезии желчевыводящих путей представляют собой нарушения моторики желчного пузыря и протоков, что приводит к изменению выведения желчи в кишечник.

**Этиология и патогенез.** Дискинезии желчевыводящих путей подразделяют на первичные и вторичные. В основе первичных дискинезий лежат функциональные изменения желчевыводной системы, являющиеся следствием нарушения нейрогуморальных регуляторных механизмов*. Первичные дискинезии* возникают на фоне общего аллергоза, эндокринных нарушений, могут быть следствием невроза и т.д*. вторичнык дискинезии* желчевыводящих путей появляется рефлекторно и сопутствует многим болезням органов пищеварения или являются следствием перенесенных заболеваний (вирусный гепатит, дизентерия, сальмонеллез и др.).особое значение придается лямблиозу кишечника. Вегетируя в слизистой оболочке двенацатиперстной кишки, лямблии преклепляются к мироворсинкам, вызывают выраженные дистрофические изменения клеток эпителия. Это приводит к нарушению секреции некоторых гормонов (гастрин, холецистокинин, секретин и др.), выробатываемых специализированными клетками двенадцатиперстной кишки и путей и кишечника. Важное значение имеют нарушения и погрешности в диете. Определенную роль в возникновении дискинезий отводят очагом хронической инфекции (отит, гайморит, хронический тонзиллит). Причиной развития дискинезий может быть недостаточная физическая активность.

**Клиническая картина.** Симптоматика дискинезий желчевыводящих путей характеризуется болями в животе, главным образом в правом подреберье, диспепсическими явлениями. Клинически различают две основные формы дискинезий- гипотоническую и гипертоническую

*Гипертонической дискинезии*свойственны боли приступообразного характера (колющие, режущие), как правило, кратковременные, связанные с отрицательными эмоциями, физическим напряжением. В промежутках между приступами болей дети жалоб не предъявляют.

*Гипотонические состояния желчевыводящих путей*характерезуется более постоянными, периодически усиливающимися болями или чувством распирания в правом подреберье, боли тупые (ноющие, давящие), усиливающиеся при ощупывании печени и области желчного пузыря. Отмечаются горечь во рту, снижение аппетита, иногда рвота.

В диагностике дискинезий желчевыводящих путей широкое распространение получили холецистография и эхография. При гипертонической дискинезии желчный пузырь имеет яйцевидную форму, опорожнение его ускорено, при гипотонической дискинезии желчный пузырь увеличен, его опорожнение замедлено.

**Холецистохолангит** представляет собой сочетанное заболевание желчного пузыря и протоков. Различают острые и хронические холецистохолангиты.
**Этиология:**

1. Бактериальной флоры (кишечная палочка, кокки, протей др.).

2. Лямблиозная инвазия.

3. Гельминтозы.

4. Нарушения в диете.

5. Наличие хронических очагов инфекции.

6. Аномалий развития желчевыводящей системы.

**Клиническая картина**. Острый холецистохолангит начинается сильнейшими болями в правом подреберье, эпигастральной области, иррадиирующими в правое плечо, лопатку, поясницу. Болевой синдром сопровождается тошнотой рвотой с примесью желчи. Язык сухой, обложен серовато-белым налетом. Температура тела достигает 38 – 400С, ей предшествует озноб. Дети беспокойны, беспрестанно меняют положение. Быстро нарастает интоксикация. Живот вздут, при пальпации выявляется вначале местное, в области правого подреберья, а затем распространенное напряжение брюшной стенки типа мышечной защиты. Желтушность кожи и склер непостоянна. В крови отмечаются увеличение СОЭ, лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. В моче обнаруживаются уробилин, иногда белок.

При катаральной форме заболевания желчная колика длится несколько (1 – 3) дней, затем постепенно ослабевает. В случае флегмонозной и особенно гангренозной форм состояние больных катастрофически ухудшается, быстро развиваются осложнения: перихолецистит, панкреатин, водянка, перфорация желчного пузыря и др.

*Хронический холецистохолангит* встречается чаще, чем острый. Заболевание протекает с периодами обострения и ремиссии. Приступы болей возникают после физической нагрузки, инфекционных заболеваний, стресса, погрешности в диете, иногда без видимой причины. Имеются диспепсические явления (тошнота, изжога, запор), метеоризм, иногда субиктеричность склер. Часто наблюдается субфебрилитет. При пальпации живота определяется болезненность в правом подреберье, выявляется умеренно увеличенная печень – на 2 – 3 см из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии.

Для диагностики используют различные лабораторные и инструментальные методы. Проводят паразитологическое, бактериологическое, биохимическое исследование дуоденального содержимого. Показаны холецистография, но особенно эхография, при которой выявляются уплотненные и утолщенные стенки желчного пузыря, наличие осадка в нем, иногда расширенные внутрипеченочные ходы.

**Лечение и уход.**

Проинформировать ребенка и его родителей о заболевании, организует ребенку диету с учетом индивидуальной переносимости продуктов. При гипотонической форме включать в рацион продукты оказывающие желчегонные средства (растительное масло, сливки, сметана, яйцо), показаны овощи, фрукты, черный хлеб. При гипертонической форме выше указанные продукты исключаются. Организует и будет следить за строгим приемом пищи в одно и тоже время. При желчной колике детям с катаральной формой острого холецистохолангитапоказаны строгий постельный режим, воздержание от приема пищи. На живот кладут пузырь со льдом. Для снятия болевого приступа применяют антиспастические препараты (папаверин, метоклопрамид, или церукал). Назначают антибиотики широкого спектра действия.

При лямблиозе показаны производные нитрофурана (фуразолидон, фурадонин), а также метронидазол, или трихопол.

В период стихания обострения проводят физиотерапевтические процедуры, назначают желчегонные средства. Широко используют лечебную физкультуру и массаж. Санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах (Кавказские Минеральные Воды и др.) возможно не ранее чем через 3 мес. после обострения; лечение в местных санаториях обычно назначают сразу после выписки больных – непосредственно из больницы переводят для долечивания в санаторий.

**Гельминтозы**

**Гельминтозы –** болезни, вызываемые паразитическими червями (гельминтами). Насчитывают более 250 нозологических форм гельминтозов. Основную роль в их распространении играют неудовлетворительное санитарное состояние местности и низкая бытовая культура. Различают три основных класса гельминтов: круглые черви (нематоды), ленточные черви (цестоды), и сосальщики (трематоды). Среди детей часто распространены заболевания, вызываемые круглыми червями: аскаридоз, трихоцефалез, энтеробиоз.



**Аскаридоз**

Возбудителями заболевания являются аскариды, принадлежащие к крупным гельминтам. Их длина достигает 25-40 см. Аскариды паразитируют в тонком кишечнике. Самка в течение суток откладывает в просвет кишечника до 200000 яиц, которые с фекалиями выделяются во внешнюю среду и дозревают в почве. Заражение происходит путем проглатывания яиц с плохо вымытыми овощами, фруктами и через грязные руки. В кишечнике оболочка зрелого яйца растворяется, из него выходит личинка, которая, пробуравливая стенку кишки и мелкие венозные сосуды, попадает с током крови в воротную вену, печень, нижнюю полую вену, правую половину сердца и далее в малый круг кровообращения. В легкие личинки мигрируют через стенку альвеол в бронхиолы и бронхи, оттуда с мокротой вновь заглатываются в желудочно-кишечный тракт. Повторно оказавшись в тонком кишечнике, они начинают быстро расти и превращаются в зрелых гельминтов. С момента заглатывания яйца до развития зрелой аскариды проходит 75-90 дней.

**Клиническая картина.** Соответственно циклу развития аскариды различают две фазы заболевания: раннюю (миграционную) и позднюю (кишечную). В *период миграции* при массивной инвазии наблюдаются аллергические высыпания на коже, кашель, боль в груди. Нередко развиваются бронхиты, пневмонии, эозинофильные инфильтраты в легких. Возможна субфебрильная температура.

*Кишечная фаза* может протекать бессимптомно или с разнообразными клиническими проявлениями. Для нее наиболее характерны диспептические расстройства: снижение аппетита, тошнота, рвота, обильное слюноотделение, боли в животе, поносы или запоры. Дети становятся раздражительными, возбудимыми, жалуясь на слабость, недомогание, головную боль, беспокойно спят, отмечается скрежетание зубами во сне. При большом скоплении аскарид в кишечнике может развиться кишечная непроходимость. В периферической крови – картина гипохромной анемии, эозинофилия, повышение СОЭ. Диагноз основывается на клинических симптомах заболевания и обнаружении яиц аскарид в кале.



**Энтеробиоз**

Заболевание вызывается острицами - мелкими гельминтами величиной до 1 см. Единственным источником заражения острицами является человек. Гельминты паразитируют в толстом и нижних отделах тонкого кишечника. Самки выползают из прямой кишки и в перианальных складках откладывают яйца, которые дозревают в течение 4-6 ч. Активные движения остриц вызывают сильный зуд в окружности ануса. Расчесывая перианальную область, дети загрязняют яйцами пальцы и при несоблюдении правил личной гигиены заносят их в рот. Факторами передачи энтеробиоза служат нательное и пастельное белье, игрушки, горшки и другие предметы обихода. Продолжительности жизнь остриц – 3-4 недели, однако постоянные реинвазии обуславливают длительность заболевания.



**Клиническая картина.** Больного беспокоит перианальный зуд, при массивной реинвазии он становится постоянным и мучительным. Ребенок плохо спит, становится раздражительным, беспокойным, нередко отмечаются боли в животе, снижение аппетита, ночное недержание мочи. У девочек при заползании остриц в половые органы возникает вульвовагинит. Расчесы перианальной области сопровождаются ссадинами, возможно развитие дерматита, отличающегося упорным течением. Длительная инвазия отрицательно воздействует на нервно-психическое развитие детей, что выражается в ослаблении памяти и плохой успеваемости в школе.

Для диагностики энтеробиоза с помощью обнаружения яиц производят соскоб с перианальных складок.

**Лечение и уход:**

Информировать ребенка и его родителей о заболевании, контролировать состояние рук и ногтей. После сна и вечером перед сном подмывать ребенка, менять бельё, организовать строгое соблюдение ребенком, родственниками правил личной гигиены. Строго индивидуализировать предметы личной гигиены (полотенца, мочалки, постельное белье, которые необходимо стирать в горячей воде, ежедневно проглаживать).

Из лекарственных препаратов назначают «Комбатрин», «Вермокс», «Декарсис», «Минтезол», пирвиния памоат, пирантел, пиперазинаадипинат. Для механического удаления остриц используются клизмы с содовым раствором.

**Профилактика.**Заключается в выявлении и дегельминтизации больных, санитарно-просветительной работе среди родителей и детей, строгом соблюдении правил личной гигиены.