

Тема занятия № 20: Сестринский процесс и сестринская помощь при менингококковой инфекции у детей.

Учебные цели занятия:

Ознакомить с инфекционными заболеваниями. Знать причины, клинические проявления, оказание сестринской помощи.

Вопросы для контроля знаний (фронтальный опрос)

1. Дайте определение заболевания. Назовите возбудителя ветряной оспы и его особенности?
2. Укажите: а) источник инфекции; б) пути передачи ветряной оспы?
3. Дайте характеристику сыпи при ветряной оспе?
4. Опишите клиническую картину ветряной оспы?
5. Перечислите лабораторные методы исследования, подтверждающие диагноз ветряная оспа?
6. Возможные осложнения ветряной оспы?
7. Назовите основные принципы лечения?
8. Дайте определение эпидемический паротит. Укажите возбудителя заболевания?
9. Назовите: а) источник инфекции; б) механизм передачи; в) входные ворота возбудителя?
10. Опишите клиническую картину заболевания?
11. Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз паротит?
12. Назовите основные принципы лечения?
13. Как осуществляется профилактика заболевания? Какие мероприятия проводятся в очаге?

Информационный блок. План:

1. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология.
2. Клиника, диагностика, лечение.
3. С/уход, профилактика, мероприятия в очаге.

Менингококковая инфекция – инфекционное заболевание, характеризующееся значительным разнообразием клинических проявлений от локализованного поражения слизистой оболочки носоглотки (назофарингита) до генерализованных форм в виде менингита и (или) менингококкемии.

Этиология. Возбудитель заболевания – менингококк. Его особенностью является значительная чувствительность к неблагоприятным факторам внешней среды и способность продуцировать сильный эндотоксин.

Эпидемиология. Источником инфекции являются больные или носители менингококка. В связи с малой устойчивостью возбудителя заражение происходит при длительном и близком отношении. Механизм передачи инфекции – воздушно-капельный. Восприимчивость к заболеванию невелика

и составляет приблизительно 0.5%. После перенесенного заболевания остается прочный иммунитет, повторные случаи менингококковой инфекции служат слизистая оболочка носоглотки и зева.

Клиническая картина. Инкубационный период короткий и колеблется от 2 до 10 дней. Клиническая картина заболевания зависит от формы менингококковой инфекции. Выделяют:

Локализованные формы (менингококковое носительство и острый назофарингит);

Генерализованные формы (менингококкцемия, менингококковый менингит, менингоэнцефалит, смешанный вариант – менингит и менингококкцемия);

Редкие формы (артрит, пневмония, эндокардит, иридоциклит менингококковой этиологии).

Менингококковый назофарингит – наиболее частая форма менингококковой инфекции у детей старше 2 лет. Основными источниками заболевания являются : головная боль, першение в горле, болезненность при глотании. Кашель. Заложенность носа, насморк со скудными слизистогнойными выделениями. Задняя стенка глотки ярко гиперемирована. Отечна, с множественными гиперплазированными фолликулами. Температура тела субфебрильная или нормальная. Заболевание протекает легко, через 5-7 дней признаки назофарингита исчезают и наступает выздоровление.

Менингококкцемия-начинается остро, с повышением температуры тела до 38-39 С, головной боли. Для детей грудного возраста характерно выраженное беспокойство. Родители ребенка могут точно указать не только день, но и час заболевания. С первых часов менингококкцемии появляются резко выраженные и нарастающие в динамике симптомы интоксикации. Через 6-24 часов на кожных покровах появляется сыпь. Ее элементы асимметричны, вначале имеют розеолезный или пятнисто-папулезный характер.

Излюбленной локализацией сыпи является ягодица, бедра, голени. Реже она располагается на руках, туловище, лице. Элементы сыпи, расположенные в очередь на ягодицах и голеностопных суставах, быстро превращаются в геморрагические. Геморрагии приобретают звездчатый характер, достигают в тяжелых случаях 10-15 см в диаметре. Папулезная сыпь, не переходящая в геморрагическую, обычно через несколько бледнеет и исчезает. Количество элементов сыпи может самым различным: от единичных до множественных сливных геморрагий. Обширные участки поражения в последующем некротизируются. В крайне тяжелом состоянии развивается гангрена кончиков пальцев рук, стоп, ушных раковин.

Менингит остро. Среди полного здоровья или на фоне легких катаральных явлений появляются потрясающий озноб, высокая температура, сильная головная боль. Дети раннего возраста беспокойны, пронзительно кричат. Манифестным признаком менингита многократная рвота, не приносящая облегчения. В начальном периоде заболевания возникает повышенная чувствительность к световым и звуковым раздражениям, гиперестезия кожных покровов, которая у грудных детей расценивается как менингеальный симптом.

К концу первых суток и раньше при тяжелом течении менингита появляются менингеальные симптомы:

ригидность затылочных мышц (больной не может коснуться грудной клеткой к подбородком);

симптом Кернига (согнутую под прямым углом в тазобедренном суставе ногу не удается разогнуть в коленном)

симптом Брудзинского (верхнего: при попытке пригнуть голову к груди ноги сгибаются в коленных суставах; лобкового или среднего: при надавливании на лонное сочленение ноги сгибаются в коленных суставах; нижнего – проверяется одновременно с симптомом Кернига и выражается в сгибании в коленном суставе второй ноги)

На первом году жизни менингеальные симптомы часто отсутствуют (у детей до 6 месяцев жизни симптом Кернига может наблюдаться как физиологическое явление).

Для детей грудного возраста характерны выбухание родничка и симптом Лесажа (при подъеме ребенка в вертикальном положении за подмышечные впадины ноги подтягиваются к животу и удерживаются в таком положении 30-40с, здоровые дети опускают их через 5-10с). С большим постоянством на первом году жизни наблюдается тремор рук и запрокидывание головы. Типичной является менингеальная поза больных: они лежат на боку, запрокинув голову и поджав ноги к животу – в виде так называемой позы «легавой собаки».

Развитие менингоэнцефалита сопровождается вовлечением в патологический процесс головного мозга, когда наряду с менингеальным синдромом появляются признаки поражения мозга: сонливость, нарушение сознания, клонико-тонические судороги, психические расстройства, парезы и параличи и другая симптоматика.

Лабораторные исследования. Для подтверждения диагноза менингококковой инфекции производят бактериологическое исследование слизи из зева и носа. При менингококкемии для выделения возбудителя делается посев крови на специальные среды и ее бактериоскопическое исследование (толстая капля). Со 2-й недели заболевания используются серологические методы диагностики, направленные на выявление специфических антител и антигенов (РПГА, РСК).

При менингите решающее значение в диагностике имеет спинномозговая пункция. В 1-й день болезни ликвор может быть еще прозрачным или слегка опалесцировать, затем быстро становится мутным, гнойным. Цитоз резко повышен, в цитограмме преобладают нейтрофилы, содержание белка повышено, содержание глюкозы и хлоридов обычно снижено. Для выделения возбудителя производят посев и бактериоскопию ликвора.

При генерализованных формах менингококковой инфекции отмечаются высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, увеличенная СОЭ, анемия.

Лечение. Больные с менингококковой инфекцией подлежат обязательной госпитализации. Больным назофарингитом и носителям в течение 5 дней назначается ампициллин. При непереносимости препаратов пенициллиновой

группы применяется левомицетин. Проводится санация носоглотки растворами антисептиков (фурацилин 1: 5000 и др.).

Больные с генерализованной формой менингококковой инфекции подлежат обязательной и срочной госпитализации. Для оказания помощи на догоспитальном этапе необходимо иметь в постоянной готовности укладку скорой медицинской помощи. Она включает: антибиотики (натриевая соль бензилпенициллина 500 тыс. ЕД № 5; левомицетина сукцинат 1,0 № 3), преднизолон 30 мг для парентерального введения № 10, обезболивающие средства (5% раствор анальгина по 2,0 № 5), противосудорожные средства (5% раствор сибазона по 2,0 № 5). В стационаре для этиотропной терапии генерализованных форм менингококковой инфекции используются препараты пенициллиновой группы или цефалоспорины.

Из пенициллинов эффективным антимикробным препаратом является бензилпенициллин. Он назначается в дозе 200–300 тыс. ЕД/кг в сутки и вводится с интервалом 4 ч (6 раз в день) внутримышечно. У детей первых 3 месяцев жизни интервал введения рекомендуется укорачивать до 3 ч. С этой же целью можно использовать ампициллин в суточной дозе 200–300 мг/кг 4–6 раз в день. Из группы цефалоспоринов назначается цефтриаксон (роцефин) в суточной дозе 50–100 мг/кг 2 раза в день, цефотаксим в суточной дозе 200 мг/кг 4 раза в день. При необходимости применяется левомицетина сукцинат 80–100 мг/кг в сутки 3 раза в день. Лечение продолжают 6–8 дней.

Для контроля эффективности антибиотикотерапии делают поясничную пункцию.

Для борьбы с токсикозом и нормализации обменных процессов обеспечивают оптимальное количество жидкости в виде питья и внутривенных инфузий 1,5% раствора реамберина, реополиглюкина, 5–10% раствора глюкозы, плазмы, альбумина и др.

При тяжелой форме менингококкемии, протекающей с синдромом острой надпочечниковой недостаточности, одновременно с применением антибиотиков лечение начинают с внутривенного струйного введения жидкости (гемодез, реополиглюкин, 10% раствор глюкозы) и введения гидрокортизона или преднизолона.

При гнойном менингите важное место в лечении отводится мероприятиям, направленным на дегидратацию. С этой целью используются осмодиуретики, прежде всего маннит, или салуретики.

Симптоматическая терапия (борьба с гипертермией, судорогами и др.) проводится по показаниям.

Уход. Больные с генерализованной формой менингококковой инфекции нуждаются в тщательном уходе и постоянном внимании медсестры. Большое значение имеют такие мероприятия как согревание больного, изменение положения в постели, очистительная клизма, туалет ротоглотки и кожных покровов. При менингококкемии нарушается питание кожи, в связи с этим быстро образуются пролежни. Таким больным необходимо ежедневно обтирать тело теплой водой с добавлением спирта, в случае образования на коже участков некроза накладывают стерильную сухую повязку. Уход за

полостью рта заключается в протирании несколько раз в день языка, десен, зубов ватным тампоном, смоченным слабым дезинфицирующим раствором. Учитывая повышенную чувствительность больных к внешним раздражителям, важно соблюдать в отделении лечебно-охранительный режим. Ухаживая за тяжелобольными детьми, необходимо своевременно отсасывать слизь из дыхательных путей, наблюдать за их проходимость, контролировать мочеиспускание и стул. Производить катетеризацию мочевого пузыря. Обо всех изменениях в состоянии больного медсестра обязана доложить врачу.

Профилактика. Для предотвращения распространения заболевания больных изолируют. Их выписывают после клинического выздоровления и двукратного отрицательного исследования, которое проводится через 3 дня после окончания лечения антибиотиками с интервалом в 1-2 дня.

Мероприятия в очаге. Детей бывших в контакте с больными разобщают на 10 дней. За очагом устанавливается медицинское наблюдение. Оно включает термометрию 2 раза в сутки, ежедневный осмотр зева, носоглотки и кожных покровов. Дети и взрослые, бывшие в контакте с больным, подлежат бактериологическому исследованию на менингококк. Выявленные носители подвергаются лечению (санации) и изоляции до отрицательных бактериологических исследований. В профилактических целях контактировавшим с больным генерализованной формой менингококковой инфекции вводят однократно внутримышечно человеческий иммуноглобулин – детям первого года жизни в дозе 1.5 мл, в возрасте от 2 до 7 лет 3 мл. В течение всего срока разобщения в коллектив не принимаются новые лица, запрещен перевод детей в другую группу. Для прогулок выделяется отдельная площадка. Группа пользуется отдельным входом и выходом, запрещается посещение общесадовских мероприятий. Важное значение имеет проведение в очаге гигиенических мероприятий: ежедневная влажная уборка, максимальное разуплотнение спальни, частое проветривание, облучение ультрафиолетовыми бактерицидными лампами.

Закрепление нового материала

Вопросы для проверки:

1. Дайте определение менингококковой инфекции. Укажите возбудителя заболевания и его особенности.
2. Назовите: а) источник инфекции; б) механизм передачи; в) входные ворота возбудителя.
3. Какие формы менингококковой инфекции вы знаете?
4. Опишите клиническую картину различных форм заболевания.
5. Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз менингококковой инфекции?
6. Как проводится лечение локализованной формы заболевания?
7. Назовите основные принципы лечения генерализованной формы заболевания.

8. Расскажите об особенностях ухода за больными с генерализованной формой менингококковой инфекции.
9. Какие мероприятия проводятся в очаге?