Алтухов М.А.

писался 1992 в омское мед. училище N1

не сдавался

Реферат

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Менингококковая инфекция - вызываемые менингококками заболе­вания, протекающие в виде острого назофарингита, гнойного менин­гита и менингококцемин. Относятся к воздушно-капельным антропоно­зам. Широко распространено здоровое носительство менингококков.

Этиология, патогенез. Менингококки - попар­но расположенные грамотрицательные сферические образования; в цереброспинальной жидкости локализуются внутриклеточно и имеют форму кофейного боба. Во внешней среде быстро погибают. Имеются различные серотипы возбудителя (А, В, С и др.). Чувствительны к пенициллину, левомицетину, тетрациклинам. Ворота инфекции - сли­зистая оболочка верхних дыхательных путей. В большинстве случаев присутствие менингококков на слизистой оболочке не ведет к разви­тию заболевания (носительство). У некоторых инфицированных разви­вается картина острого назофарингита, и лишь у некоторых лиц менингококк проникает в кровь, гематогенно поражая различные органы и системы (менингококкемия). Иногда изменения локализуются преимущественно в мозговых оболочках (цереброспинальный менингит).

Может развиться инфекционно-токсический шок.

Симптомы, течение. Инкубационный период длиться от 2 до 10 дней (чаще 4-6 дней). Острый назофарингит может явиться продромальной стадией гнойного менингита или самостоятельной формой менингококковой инфекции. Характеризуется субфебрильной температурой тела, умеренными симптомами интоксикации (головная боль, слабость) и ринофарингитом. Менингококковый сепсис (менин­гококкемия) начинается внезапно и протекает бурно. Отмечаются озноб и сильная головная боль, температура тела быстро повышается до 40 градусов и выше. Через 5-15 ч от начала болезни появляется геморрагическая сыпь. Элементы сыпи могут иметь вид звездочек неправильной формы, наряду с которыми могут быть и мелкие петехии, и крупные кровоизлияния до 2-4 см в диаметре. Последние нередко сочетаются с некрозами участков кожи, кончиков пальцев. Одновре­менно с геморрагиями могут возникнуть розеолезные и папулезные элементы сыпи. Симптомы менингита при этой форме отсутствуют. Возможно развитие артритов, пневмоний, эндокардита. При сверхост­ром менингококковом сепсисе потрясающий озноб, повышение темпера­туры тела до 40-41 градусов через несколько часов сменяются появлением обильной геморрагической сыпи с некротическими элемен­тами и одновременным падением температуры до нормы; снижается АД, появляется тахикардия, одышка, на коже - большие синеватые пятна, напоминающие трупные. Двигательное возбуждение, судороги сменяют­ся комой. Менингококкемия нередко сочетается с менингококковым менингитом.

Менингококковый менингит также начинается остро. Лишь у отдельных больных за 1-5 дней отмечаются симптомы назофарингита. Заболевание начинается с озноба, повышения температуры тела, воз­буждения, двигательного беспокойства. Рано появляются сильнейшая головная боль, рвота без предшествующей тошноты, общая гипересте­зия. К концу первых суток болезни возникают и нарастают менинге­альные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига - Брудзинского). Возможны бред, затемнение сознания, судороги, тремор. Сухожильные рефлексы оживлены, иногда отмечаются патологи­ческие рефлексы (Бабинского, Россолимо). У некоторых больных поражаются черепные нервы (чаще зрительный, слуховой, отводящий).

У половины больных на 2-ой-5-й день болезни появляется обильная герпетическая сыпь. В крови - нейтрофильный лейкоцитоз ( до 16-25 10 /л), СОЭ повышена. Цереьроспинальная жидкость вытекает под повышенным давлением; в начале болезни она опалесцирующая, затем становится мутной, гнойной ( цитоз до 10 10 в 1 мкл). На фоне менингита могут появиться энцефалитические симптомы (нистагм, моно- и гемиплегии, мозжечковые симптомы, эпилептиформные припадки).

Осложнения: инфекционно-токсический шок, острая надпочечни­ковая недостаточность, отек и набухание мозга, приводящие к вкли­ниванию мозга. Дифференцировать необходимо от других гнойных ме­нингитов. Доказательством заболевания служит выделение менинго­кокка из цереброспинальной жидкости или крови.

Лечение. Наиболее эффективна рано начатая интенсивная пенициллинотерапия. Бензилпенициллин назначают немедленно после установления диагноза или при подозрении на менингококковый ме­нингит. Препарат вводят из расчета 200 000 ЕД/(кг сут). Минималь­ная доза пенициллина для детей в возрасте до 3 мес 1 200 000 ЕД/ сут; от 4 до 6 мес - 1 500 000 ЕД/сут; 7-11 мес - 2 000 000 ЕД/ сут; 1-2 лет - 2 400 000 ЕД/сут; 3 лет - 2 800 000 ЕД/сут; 4 лет - 3 200 000 ЕД/сут; 5-7 лет - 4 000 000 ЕД/сут; 8-10 лет - 6 000 000 ЕД/сут; 11-15 лет - 9 000 000 ЕД/сут; для взрослых - 12 000 000 ЕД/сут. Интервалы между введением пенициллина не должны превышать 4 ч. Пенициллин вводят внутримышечно. Дозу пе­нициллина в ходе лечения уменьшать нельзя. Длительность антибио­тикотерапии 5-8 сут. Показанием к отмене пенициллина служит уменьшение цитоза в цереброспинальной жидкости ниже 100-150 кле­ток в 1 мкл. Эффективны также полусинтетические пенициллины ( ам­пициллин, мтициллин), которые вводят в дозе 200-300 мг/(кг сут) в/м. При непереносимости пенициллина назначают левомицетина сук­цинат натрия в дозе 50-100 мг/(кг сут) в/м. При развитии судорог показаны фенобарбитал, хлоралгидрат в клизмах.

Прогноз при раннем и адекватном лечении благоприятный. При тяжелых формах и несвоевременноначатом лечении возможны летальные исходы. Реконвалесценты должны находиться под наблюдением участкового врача и районного психоневролога не менее 2-3 лет и обследоваться один раз в 3-6 мес.

Профилактика. Выяление и изоляция больных. В ста­ционаре проводят текущую дезинфекцию. Заключительную дезинфекцию и химиопрофилактику в очагах не проводят.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ

ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Острые респираторные вирусные заболевания являются наиболее широко распространенной острой патологией у детей. Максимум слу­чаев заболеваний регистрируется осенью и зимой. Особенно подвер­жены острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ) дети с неб­лагоприятным преморбидным фоном - ослабленные, с хроническими заболеваниями. У них чаще возникают и осложнения ОРВИ.

В последнее время в лечении ОРВИ значительное место стали занимать методы немедикаментозной, нетрадиционной терапии (аэро-, гидро-, фото- и фитотерапия). Рациональное сочетание этих мето­дов с традиционными при постоянной оценке эффективности лечения - залог успеха.

При тяжелых формах ОРВИ, сопровождающихся значительной интоксикацией, безусловно, необходимо стационарное лечение с проведением комплексной дезинтоксикационной, десенсибилизирующей и другой терапии, профилактики осложнений ОРВИ. При легких и сред­ней тяжести формах ОРВИ можно лечиться амбулаторно. Рациональная форма организации лечебного процесса (при наличии показаний) - "стационар на дому". При всех формах ОРВИ велик риск возникнове­ния вторичной бактериальной инфекции, в связи с этим необходим постоянный контроль за данными анализов крови и мочи. Прием антибиотиков с целью профилактики развития вторичной инфекции при ОРВИ не только не эффективен, но и вреден. Дети, получавшие эти препараты, заболевают постгриппозной пневмонией чаще, чем не принимавшие их.

Известно, что ОРВИ провоцирует обострение заболеваний орга­нов сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем. В связи с этим при лечении ОРВИ у детей, страдающих хро­ническими заболеваниями, необходимо своевременно провести соот­ветствующую профилактику обострения этих болезней.

Режим детей с ОРВИ должен быть постельным при интоксикации, гипертермии. Далее рекомендуется щадящий режим, и, индивидуально, в зависимости от состояния ребенка, со 2-3-го дня после нормали­зации температуры назначают прогулки по 15-20 мин в зависимости от погодных условий.

Всем детям с ОРВИ рекомендуется больше спать. Больному ОРВИ ребенку категорически противопоказано пользоваться бассейном, баней и т.п. до полного выздоровления.

Диета больного ребенка в первые дни заболевания при нараста­нии интоксикации, гипертермии должна соответствовать принципам максимального щажения - механического ( пища должна быть мягкой, не требующей тщательного пережевывания), термического, химичес­кого (исключаются острые блюда, копчености и т.п.). Рекомендует­ся обильное теплое питье: клюквенный морс, настой шиповника, ми­неральные воды без газов. Чай с молоком ( в соотношении 1:1) обладает мягким диуретическим действием и хорошо переносится детьми. При гипертермии используются настои липового цвета, мали­нового и земляничного листа, отвар сухих ягод малины.

После окончания лихорадочного периода назначается молочно-растительная диета, богатая витаминами, с исключением соленых, жареных и копченых блюд. Мясо, рыбу включают в рацион только в отварном виде, небольшими порциями. Рекомендуются такие блюда, как овсяная каша, творог, пюре из яблок, пюре из отварного кар­тофеля и т.п. У детей с ОРВИ большое значение имеет контроль за стулом, так как гипотония толстого кишечника может являться до­полнительным фактором, поддерживающим интоксикацию. Рекомендует­ся применение укропной воды, хлеба ржаного или грубого помола, отваров, чернослива и других сухофруктов, а также прохладный фруктовый сок перед едой, свекла, капуста, яблоки. Есть надо небольшими порциями, 5-6 раз в день.

В качестве источника витаминов можно использовать клюкву, одновременно способствующую санации мочевыводящих путей, брусни­ку, обладающую противовоспалительным действием, а также фрукты и овощи, витаминные чаи, включающие отвары сухих ягод черной смо­родины, листа крапивы, ягод рябины и др., в зависимости от вре­мени года.

Всем больным ОРВИ в период болезни и реконвалесценции пока­зана дополнительная витаминотерапия ( витамин С в качестве обще­укрепляющего и противовоспилительного средства, витамин Р, обла­дающий мембраностабилизирующим действием, что препятствует про­никновению вируса в здоровые клетки, витамин А, улучшающий сос­тояние слизистых оболочек, наиболее часто поражаемых при ОРВИ).

В комплекс витаминотерапии должны входить и другие витамины - фолиевая кислота, витамин Е, витамины группы В и др.

Для повышения неспецифической резистентности организма ребенка можно рекомендовать употребление лука, чеснока. Протертую дольку чеснока полезно добавлять в первые блюда непосредст­венно перед употреблением. Кроме того, показан прием 2-3 раза в день по чайной ложке следующей смеси: 7 капель свежеотжатого сока репчатого лука, 7-10 капель лимонного сока и на кончике ложки - мед.

Лечение ОРВИ можно рассматривать как патогенетическое и симптоматическое. Дезинтоксикационная терапия предусматривает применение активированного угля, аскорбиновой кислоты на фоне обильного питья; десенсибилизирующая - глюконат кальция или раствор хлористого кальция и др. Антигистаминные препараты, такие, как димедрол, супрастин и др., требуют осторожного применения в связи со свойством этих лекарств "сушить слизистые", т.е. вызы­вать чувство першения в горле, сухой кашель.

Гипертермия при ОРВИ является в целом защитной реакцией ор­ганизма. При повышении температуры вирусы, вызвавшие заболевание, погибают. При отсутствии тяжелых сопутствующих хронических забо­леваний и гипертермии не выше 38 градусов не следует стремиться к быстрому снижению температуры, особенно медикаментозными сред­ствами. Для облегчения состояния ребенка рекомендуется теплое питье, обтирание конечностей полотенцем, смоченным в теплом вод­ном растворе уксуса (1:1), предпочтительнее использовать раствор яблочного уксуса.

При необходимости применяются жаропонижающие препараты, лучше в виде свечей. В этом случае действие препаратов более быстрое и эффективное.

При проведении симптоматической (синдромной) терапии боль­шое внимание обращают на методы народной медицины. Основным синдромом при ОРВИ является респираторный. При острых ринитах у детей мы придерживаемся тактики быстрого восстановления носового дыхания. Для этого можно использовать сухое тепло на область носа, растирание крыльев носа, висков и надбровных дуг бальзамом "Золотая звезда", ингаляции паром с резаным луком. При недоста­точной эффективности этих методов применяются капли в нос.

Во время болезни даже при отсутствии болей в горле рекомендуется часто ( 3-4 раза в сутки ) полоскать зев отваром ромашки, раствором настойки календулы или эвкалипта, настоем чая, раство­ром фурацилина. При гиперемии зева, болях при глотании, помимо более частого полоскания горла, рекомендуется пить теплую жидкость маленькими глотками.

Одно из эффективных средств местной терапии при ОРВИ - теп­лые компрессы. Так, боли в горле быстро снимаются после примене­ния медового компресса, который готовится следующим образом: в замешанную теплой водой муку или кашицу из сырого тертого карто­феля на водяной бане (теплой грелке) добавляют мед в соотношении 2:1. Смесь можно использовать повторно, разогрев. Широкое приме­нение имеет компресс из теплого отварного картофеля, который накладывают в полиэтиленовый пакет, заворачиваемый затем в поло­тенце. При кашле такие компрессы рекомендуется накладывать на шею, грудную клетку, спину ребенка.

Частым симптомом ОРВИ является сухой кашель. При мучитель­ных приступах кашля можно воспользоваться паровыми ингаляциями раствором соды. Кроме того, используются лечебные ингаляции с различными препаратами: фитонцидные ингаляции из смеси свежеот­жатого сока чеснока или лука с кипяченой водой в соотношении 1:2; масляно-щелочные ингаляции, обладающие смягчающим действием, а также готовая аптечная форма "смесь для ингаляций", в состав которой входят настойка эвкалипта, глицерин, ментол.

Все средства, применяемые при кашле у детей с ОРВИ, направ­лены на его смягчение, улучшение отхаркивания; подавление кашля в этих случаях противопоказано.

Для смягчения кашля у детей широко используется жженый сахар. Для этого сахар расплавляют на медленном огне в неэмалированной посуде (ложке), без воды, и в горячем виде выливают или опускают на ложке в стакан молока или другую жидкость. Жженный сахар детям рекомендуется сосать, а молоко пить маленькими глотками.

При трахеитах эффективен грудной эликсир, содержащий корень солодки. Также успешно используется фитотерапия: отвары багуль­ника, фиалки, мать-и-мачехи, корня алтея, грудной сбор и т.п. Эти травы рекомендуется сочетать с душицей, зверобоем или мятой в соотношении 2:1. Обычная доза составляет 20 г лекарственного сырья на 300-350 мл воды, отвары пьют горячими, в 3-4 приема в течении дня. Из составных частей корня алтея создан таблетированный препарат "Мукалтин", применяемый для улучшения отхаркивания в растворенном виде по 1 таблетке на 1/3 стакана теплой воды.

Местная терапия ОРВИ включает в себя растирания спины и грудной клетки подогретыми индифферентными мазями, компрессы, горчичники. На ночть детям рекомендуется надевать хлопковые нос­ки с добавлением в них 1 - 2 столовой ложки сухой горчицы, что обладает согревающим действием.

Профилактика ОРВИ предусматривает прежде всего санацию оча­гов хронической инфекции (кариеса, тонзиллита и др.) , а также закаливающие процедуры - гимнастику, гигиенические души, ванны с добавлением морской соли, хвойного экстракта, лекарственных трав, витаминопрофилактику. Основа профилактических мероприятий - соблюдение ребенком режима дня, питания, регулярные прогулки, занятия физкультурой. Важны частая влажная уборка помещения, проветривание комнат, пользование индивидуальной посудой для каждого члена семьи и т.д.

Во время эпидемий, помимо перечисленных мероприятий, реко­мендуется частый туалет зева - полоскание горла после каждого приема пищи настоем некрепкого чая, прием витаминов, проведение профилактического точечного массажа. Специфические профилакти­ческие противогриппозные средства, такие, как интерферон, ремантадин и др., назначаются врачом строго индивидуально.