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.

Э т и о л о г и я, п а т о г е н е з. 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.

С и м п т о м ы, т е ч е н и е. Инкубационный период длиться от 2 до 10 дней (чаще 4-6 дней). Острый назофарингит может явиться продромальной стадией гнойного менингита или самостоятель-

ной 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.

Л е ч е н и е. 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.

П р о г н о з при раннем и адекватном лечении благоприятный. При тяжелых формах и несвоевременноначатом лечении возможны ле-

тальные исходы. Реконвалесценты должны находиться под наблюдением

участкового врача и районного психоневролога не менее 2-3 лет и

обследоваться один раз в 3-6 мес.

П р о ф и л а к т и к а. 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 про-

ведением 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 анти-

биотиков 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. Протер-

тую 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 раст-

вор 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 рекомен-

дуется 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 неэмалиро-

ванной 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 таблетирован-

ный 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.