

ГБОУ СПО «Тольяттинский медколледж»

Оказание помощи детям при дифтерии, менингококковой инфекции

Дисциплина: Оказание лечебной помощи пациентам с
детскими инфекциями

Специальность: Лечебное дело

Преподаватель: Касатикова Н.В.

План лекции

1. Дифтерия
2. Менингококковая инфекция

Дифтерия

- Острое инфекционное заболевание, характеризующееся воспалительным процессом с образованием фибринозной плёнки на месте внедрения возбудителя и явлениями общей интоксикации

Этиология

- Токсигенная дифтерийная палочка рода коринебактерий (бацилла Лёффлера), устойчива во внешней среде

Эпидемиология

- Источник инфекции: больной человек или бактерионоситель
- Путь передачи: воздушно-капельный, контактно-бытовой, редко – пищевой (молочные продукты)
- Сезонность: подъём заболеваемости в осенне-зимний период
- Иммунитет: стойкий

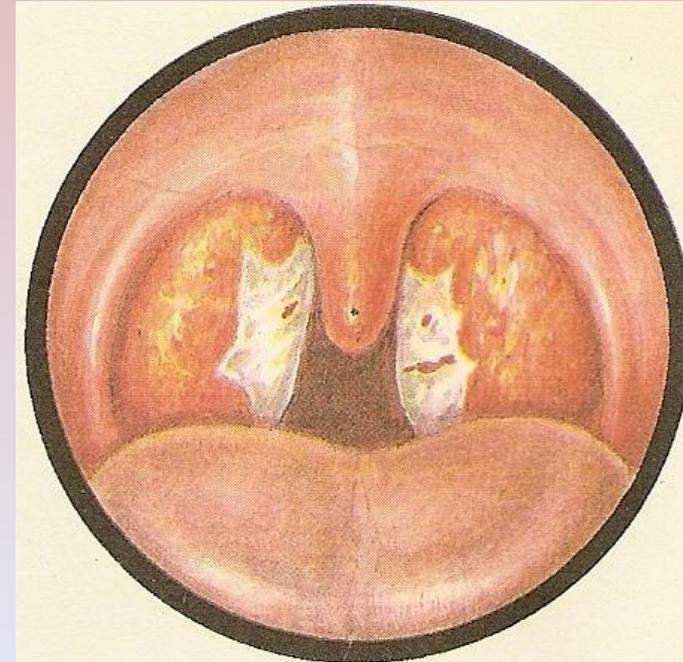
Клинические формы

- Дифтерия зева (ротоглотки) – самая частая форма
- Дифтерия гортани (истинный дифтерийный круп)
- Дифтерия носа
- Дифтерия глаз
- Дифтерия половых органов
- Дифтерия кожи
- У новорождённых дифтерия пупочной ранки

Инкубационный период: 2-10 дней

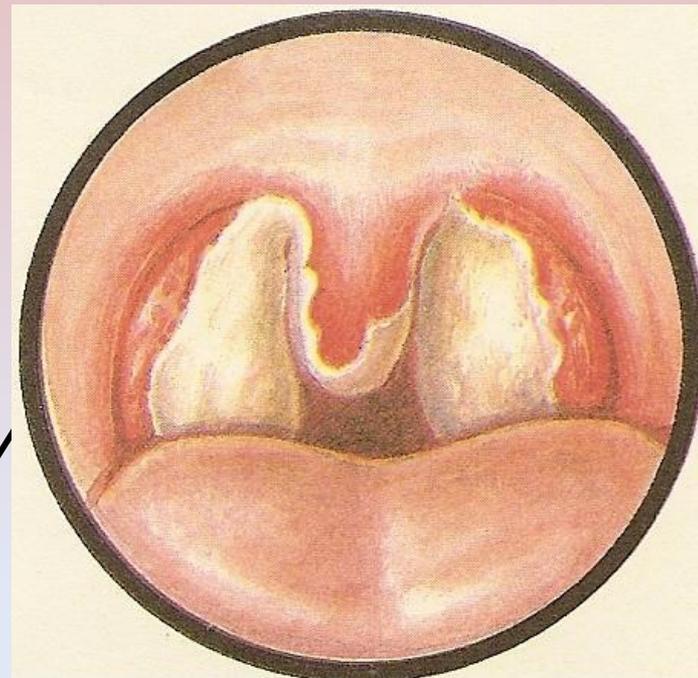
Дифтерия зева: локализованная форма

- Начало острое, небольшое недомогание, снижение аппетита, небольшая боль в горле. Интоксикация незначительная, температура субфебрильная, небольшая тахикардия. При осмотре ротоглотки небольшой отёк и лёгкая гиперемия миндалин и нёбных дужек. В конце первых – начале вторых суток на миндалинах появляется плёнчатый налёт в виде точек, островков или сплошь покрывающий миндалины. Налеты плотные, гладкие серовато-белые с перламутровым блеском,



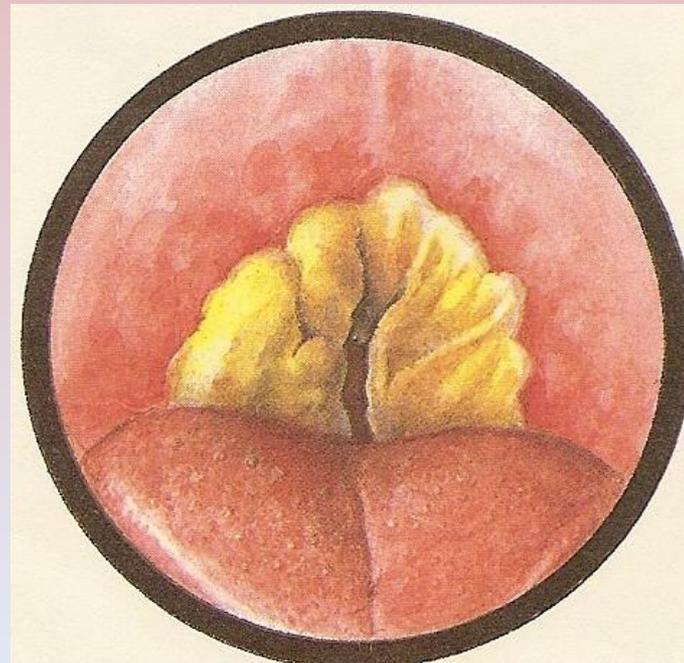
Дифтерия зева: распространённая форма

- Симптомы интоксикации выражены умеренно, температура фебрильная. Налёты располагаются не только на миндалинах, но и на нёбных дужках, маленьком язычке, задней стенке глотки. Регионарные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации.



Дифтерия зева: токсическая форма

- Выраженная интоксикация, повышение температуры до 39-41⁰С, резкая бледность, боли в горле. При осмотре ротоглотки: синюшная гиперемия и значительный отёк миндалин, язычка, мягкого нёба. Со 2-3 суток налёты становятся толстыми, бугристыми, грязно-серого цвета, покрывают миндалины, нёбные дужки, язычок, мягкое и твёрдое нёбо. Из рта появляется специфический сладковатый запах. Значительно увеличиваются регионарные лимфоузлы.

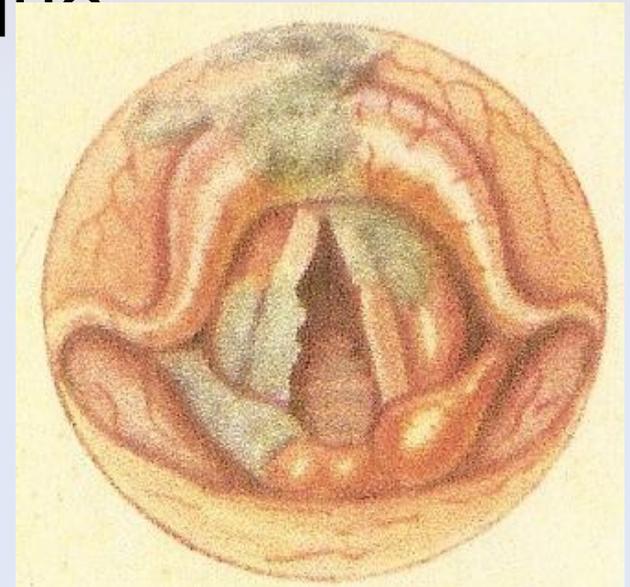


Дифтерия зева: токсическая форма

- Наблюдается отёк подкожно-жировой клетчатки шеи. Он тестоватой консистенции, безболезненный, надавливание не оставляет ямок. В зависимости от распространённости отёка различают:
 - I степень – отёк до середины шеи
 - II степень – отёк до ключиц
 - III степень – отёк ниже ключиц

Дифтерия гортани (истинный круп): катаральная стадия

- Умеренное повышение температуры тела (до 38°C), слабая интоксикация, слегка осипший голос, грубый лающий кашель. Длительность 1-3 суток. Симптомы крупа постепенно прогрессируют.



Дифтерия гортани (истинный круп): стенотическая стадия

- Общее беспокойство. Вдох затруднённый, втяжение податливых мест грудной клетки (межреберий, над- и подключичных ямок, яремной ямки). Дыхание шумное, афония, кашель беззвучный. Цианоз носогубного треугольника, тахикардия, слабый пульс. Длительность 1-3 суток.

Дифтерия гортани (истинный круп): асфиксическая стадия

- Ребёнок становится вялым, сонливым. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное, бесшумное. Исчезают втяжения уступчивых мест грудной клетки. Резко выраженный общий цианоз, гипотония мышц, холодные конечности, гипотермия. Сознание затемнено или отсутствует. Зрачки расширены. Пульс частый, нитевидный, АД низкое. Появляется брадикардия, затем остановка сердца

Осложнения

- инфекционно-токсический шок
- миокардит
- нефроз
- пневмония
- полирадикулоневриты с развитием парезов и параличей

Диагностика

- Бактериологическое исследование слизи из зева и носа на ВЛ
- Серологический метод



Принципы лечения

- Обязательная госпитализация
- Лечебно-охранительный режим: строгий постельный 1-6 недель, частое проветривание, оксигенотерапия
- Диета: полноценная, пища жидкая или полужидкая, кормление дробное малыми порциями, при невозможности глотания – кормление через зонд

Медикаментозное лечение

- Специфическое: максимально раннее введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (ПДС) по методу Безредко
- Антибиотики: макролиды (эритромицин), цефалоспорины (цефазолин)
- Дезинтоксикация: р-р глюкозы, альбумин
- ГКС гормоны: преднизолон
- Витамины: С, гр. В

Принципы лечения

- При неэффективности проводимой терапии при дифтерии гортани применяют интубацию трахеи или трахеотомию и перевод на аппаратную ИВЛ

Мероприятия в очаге

- Больного изолируют и допускают в коллектив после выздоровления и отрицательных бак.анализов
- Карантин на 7 дней для контактных
- Ежедневный осмотр, термометрия
- Однократное бактериологическое исследование слизи из зева и носа на ВЛ
- Детям у которых подошёл срок - немедленная вакцинация
- Дезинфекция
- Сан.просвет.работа

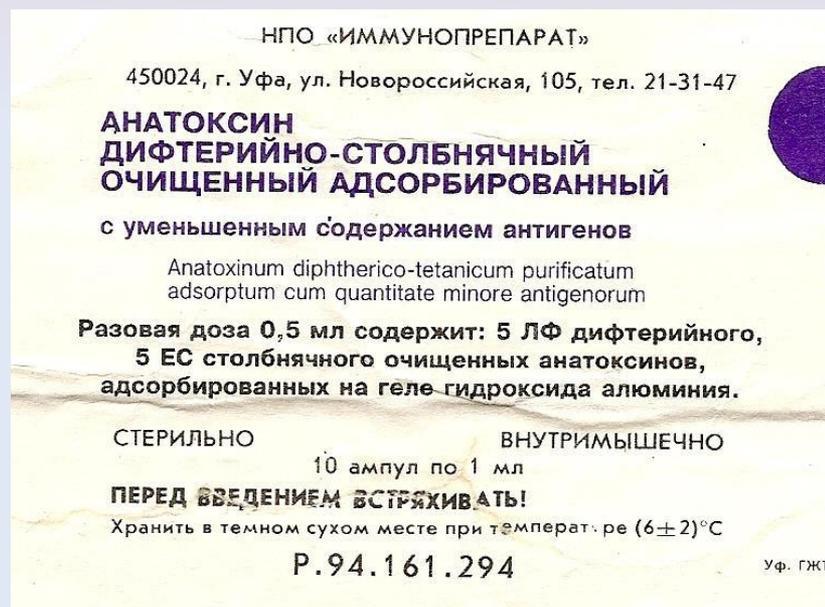
Специфическая профилактика

Вакцинация
вакциной АКДС,
которая
вводится
внутримышечно
в дозе 0,5 мл.:

- V1 – 3 месяца
- V2 – 4,5 месяца
- V3 – 6 месяцев

Ревакцинация:

- R1 – 18 месяцев АКДС
- R2 – 7 лет АДС п/кожно
- R3 – 14 лет АДС п/кожно
- Rn – каждые 10 лет АДС п/кожно

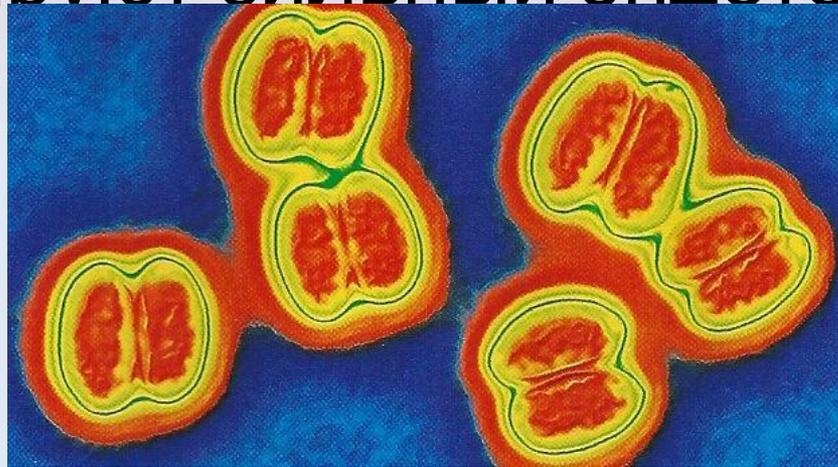


Менингококковая инфекция

- Острое инфекционное заболевание, характеризующееся значительным разнообразием клинических проявлений

Этиология

- Менингококки рода нейссерия 11 серогрупп
- Неустойчивы во внешней среде
- Продуцируют сильный эндотоксин



Эпидемиология

- Источник инфекции: больной человек или бактерионоситель
- Путь передачи: воздушно-капельный
- Сезонность: подъём заболеваемости в зимне-весенний период
- Периодичность: подъём заболеваемости каждые 10-15 лет
- Иммунитет: стойкий

Клинические формы

- Локализованная: менингококковый назофарингит - самая частая форма
- Генерализованные:
 - менингит
 - менингококцемия
 - смешанная

Инкубационный период: 2-10 дней

Менингококковый назофарингит

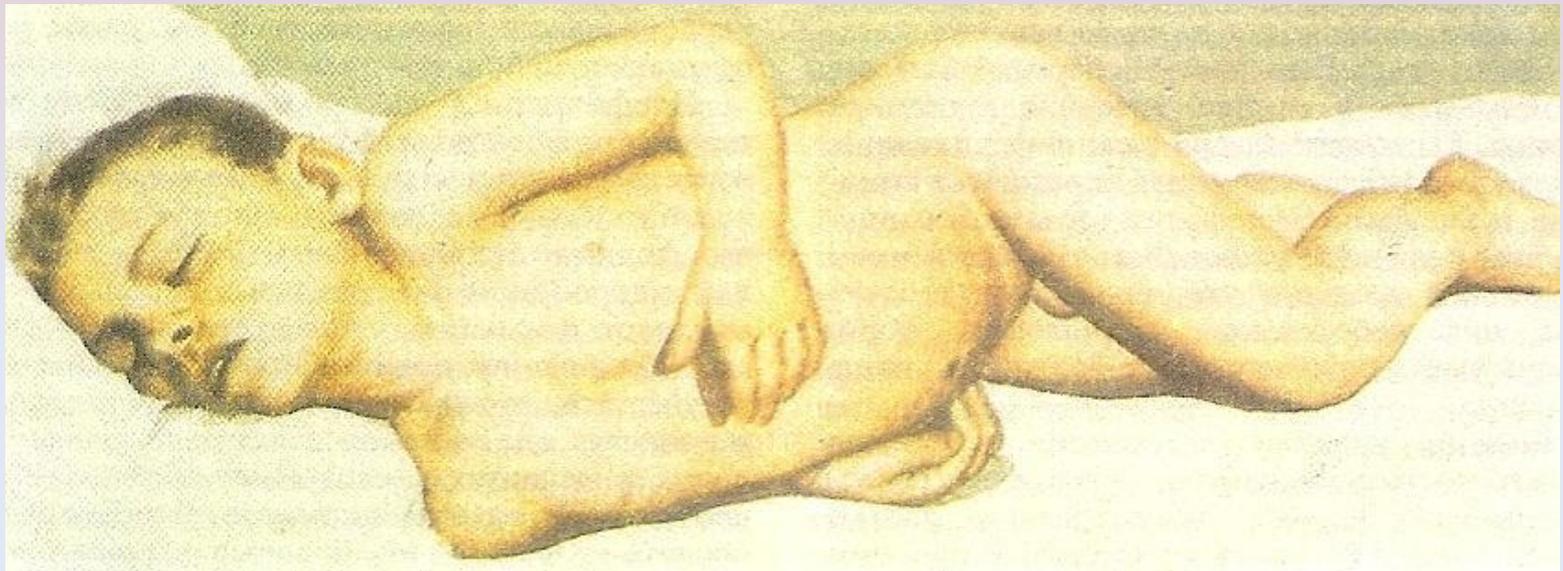
- Кашель, головная боль, заложенность носа, небольшой насморк, температура субфебрильная. Общее состояние ближе к удовлетворительному. При осмотре зева: гиперемия, отёчность и зернистость задней стенки глотки. Через 3-7 дней наступает выздоровление. Возможен переход в генерализованную форму

Менингококковый менингит

- Начало внезапное. Высокая температура, озноб, беспокойство или заторможенность. В 1-2 сутки появляются менингеальные симптомы: мучительная головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Сознание нарушено, возможен бред. Гиперестезия, повышенная чувствительность к звуку, свету. Пульс учащён, АД понижено. Возможно развитие судорог и присоединение энцефалита.

Менингококковый менингит

- Характерная поза больного



Менингококцемия

- Начало острое, повышение температуры до 39-40°C, сильная интоксикация. Через несколько часов от начала болезни появляется сыпь: сначала не обильная, розеолезная или пятнисто-папулезная, быстро превращается в звездчатую геморрагическую. Не исчезает при надавливании. Локализуется чаще на ногах и ягодицах, может сливаться и некротизироваться.

Менингококцемия

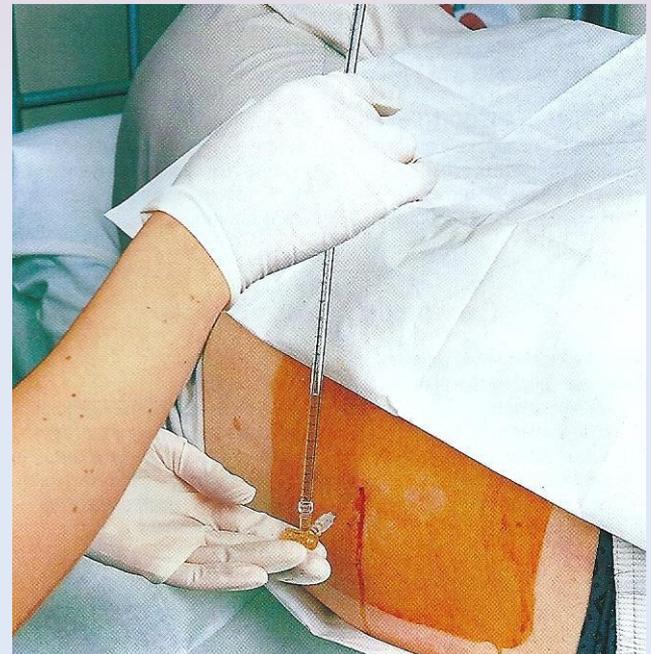


Осложнения

- инфекционно-токсический шок
- острая почечная недостаточность
- гангрена

Диагностика

- Спинномозговая пункция и анализ ликвора
- Бактериоскопия толстой капли крови
- Бактериологический анализ слизи из носоглотки
- Серологический метод



Принципы лечения при генерализованной форме

На догоспитальном этапе:

- Антибиотики: пенициллин или левомецетин
- Литическая смесь: 50% р-р анальгина и 1% р-р димедрола
- Противосудорожные:
0,5% р-р седуксена
- Диуретики: 1% р-р лазикса
- ГКС гормоны: 3% р-р преднизолона



Принципы лечения

- Обязательная госпитализация
- Лечебно-охранительный режим:
постельный на весь острый период
- Диета: полноценная,
витаминизированная, кормление
дробное малыми порциями

Медикаментозное лечение

- Антибиотики: пенициллин или левомицетин
- Дезинтоксикация: р-р глюкозы, альбумин
- ГКС гормоны: преднизолон
- Симптоматические средства: жаропонижающие, мочегонные и др.



Уход

- Профилактика пролежней
- Уход за некротизированными поверхностями: стерильные повязки, затем масло шиповника, «Солкосерил»
- Уход за полостью рта
- Контроль за мочеиспусканием и стулом

Мероприятия в очаге

- Больного изолируют и допускают в коллектив после выздоровления и отрицательных бак. анализов
- Карантин на 10 дней для контактных
- Ежедневный осмотр, термометрия
- Двукратное бактериологическое исследование слизи из носоглотки
- Введение иммуноглобулина, возможна экстренная вакцинация
- Дезинфекция
- Сан.просвет.работа

Спасибо за внимание!

