

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/nauchno-issledovatel'skaya-rabota/60053>

Тип работы: Научно-исследовательская работа

Предмет: Медицина

СОДЕРЖАНИЕ

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ 3

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ 8

1.1 Эпидемиология менингококковой инфекции 8

1.2. Патогенез 9

1.3. Клинические проявления 11

1.4. Диагностика менингококковой инфекции 12

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ 16

2.1 Выявление проблем пациента с менингококковой инфекцией 16

2.2 Решение проблем пациента с менингококковой инфекцией 17

ГЛАВА 3. МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГЕ И ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ 21

3.1. Мероприятия в очаге при менингококковой инфекции 21

3.2 Профилактика менингококковой инфекции 22

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 24

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 26

ПРИЛОЖЕНИЯ 29

Менингококцемия начинается остро, с повышения температуры до 40-41°C в течение нескольких часов, что сопровождается интенсивной головной болью, неукротимой рвотой, болями в мышцах спины и конечностей. Лицо больного бледнеет, приобретает цианотичный оттенок, появляется одышка, тахикардия, склонность к падению артериального давления вплоть до развития коллапса.

В редких случаях менингококцемия может приобретать хроническое течение, сопровождающееся полиморфными высыпаниями на коже, длительной интермиттирующей лихорадкой, артритам и полиартритам, развитием гепатолиенального синдрома.

При сверхострых (молниеносных) формах менингококцемии в короткий срок развивается инфекционно-токсический шок, который определяется как неотложное состояние и часто приводит к летальному исходу [6].

Уже в первые сутки заболевания имеет свойство проявляться менингеальная симптоматика, характеризующаяся ригидностью затылочных мышц, симптомами Кернига, Брудзинского и др. Выражение такой симптоматики у детей грудного возраста может быть проявлено лишь посредством выбухания и напряжения большого родничка. Сухожильные рефлексы повышаются, их зоны расширяются. Нередко присутствует поражение черепных нервов [15].

К генерализованным формам можно отнести и смешанную (менингококцемия в сочетании с менингитом) МИ, клинически выраженную в сочетании симптоматики этих двух состояний [9].

1.4. Диагностика менингококковой инфекции

Диагностика менингококкового назофарингита с поражениями носоглотки другой этиологии невозможна без проведения бактериологического обследования. Менингококковый сепсис требует дифференциальной диагностики с гриппом, сепсисом другой этиологии, пищевыми токсикоинфекциями.

Менингококковый менингит необходимо дифференцировать от других заболеваний и состояний с менингеальным синдромом: туберкулезного менингита, менингизма, менингитов вирусного и бактериального происхождения, субарахноидального кровоизлияния [10].

Для окончательной диагностики необходима спинномозговая пункция с исследованием полученной спинномозговой жидкости.

Диагностика субарахноидального кровоизлияния возможна на догоспитальном этапе, если оно развилось на фоне полного здоровья или у лиц, страдающих гипертонической болезнью и дефектами в системе

гемостаза. В этих случаях болезнь в отличие от менингита начинается с внезапной резкой головной боли (по типу удара в голову), которая сопровождается тошнотой и рвотой. При осмотре выявляется менингеальный синдром, иногда возникает легкая очаговая симптоматика, повышается АД, возникает брадикардия. Лихорадка, интоксикация отсутствуют.

Диагностику осложняет позднее обращение, поскольку на 2-4 день после кровоизлияния у ряда больных в результате развития асептического воспаления вокруг кровяного сгустка, нарастания внутричерепной гипертензии ухудшается состояние, повышается температура тела, нарастает головная боль, рвота, происходит усиление менингеальных симптомов. В этих случаях чрезвычайно важно выявить данные анамнеза, т.е. начало болезни с внезапной головной боли [14].

Правильный диагноз при развитии субарахноидального кровоизлияния на фоне острых лихорадочных состояний возможен лишь на основании результатов исследования цереброспинальной жидкости, которые зависят от сроков исследования. В первые сутки цереброспинальная жидкость равномерно окрашена кровью, мутная (для отличия от повреждения сосудистого сплетения при пункции необходимо сравнить 2-3 порции), после центрифугирования – слабо ксантохромная, при микроскопическом исследовании эритроциты полностью покрывают все поля зрения, количество лейкоцитов повышается незначительно – не более нескольких десятков в 1 мкл. Может определяться повышенное содержание белка пропорционально примеси крови, а также возможно наличие повышенного уровня глюкозы.

Через сутки цереброспинальная жидкость вследствие гемолиза становится прозрачной, красной, "лаковой", в более поздние сроки – ксантохромной, с содержанием лейкоцитов до 200-300 в 1 мкл, с преобладанием нейтрофильных лейкоцитов, повышением содержания белка, в то же время количество эритроцитов уменьшается.

При эпи- и субдуральных гематомах на первый план выходят симптомы компрессии мозга. В анамнезе у таких больных может иметься указание на травму головы, в цереброспинальной жидкости возможно повышение содержания белка, небольшая примесь лейкоцитов. При инсультах определяется, прежде всего, очаговая и общемозговая симптоматика, обусловленная отеком мозга, менингеальный синдром выражен слабо.

Для гипертонического криза характерны критически высокие цифры АД, наличие общемозговой и менингеальной симптоматики, которые быстро регрессируют после проведения экстренной гипотензивной терапии. Важно помнить, что при инсультах и гипертонических кризах возможно повышение температуры тела [16].

Острые лихорадочные заболевания, которые сопровождаются развитием синдрома менингизма, можно надежно дифференцировать от менингококкового и других менингитов только на основании результатов исследования цереброспинальной жидкости.

Менингококковый назофарингит можно подтвердить высевам и идентификацией менингококка из полости носа и ротоглотки. При генерализованных формах делают посевы крови и спинномозговой жидкости на питательные среды, которые содержат человеческий белок. Возможны прямая микроскопия спинномозговой жидкости и обнаружение в ней внутриклеточно расположенных диплококков.

Методы серологической диагностики (выявление антигенов менингококка с помощью реакции ИФА и антител к ним с помощью РНГА) имеют вспомогательное значение.

В случаях менингококкового (гнойного) менингита спинномозговая жидкость мутная, цитоз достигает нескольких тысяч в 1 мкл со значительным преобладанием клеток нейтрофильного ряда, определяются высокое содержание белка, положительные осадочные пробы, сниженное количество глюкозы. В ряде случаев в пробирке с жидкостью может образовываться грубая пленка на поверхности или на дне [8].

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

2.1 Выявление проблем пациента с менингококковой инфекцией

Для осуществления сестринского процесса, необходимо выявить проблемы пациента с МИ.

Проблемы могут быть:

1. Имеющиеся, актуальные, действительные - это проблемы, которые преобладают у пациента в данный период времени.
2. Возможные или потенциальные - это проблемы, которые появляются у пациента, если своевременно не решить проблемы, вовремя не спланировать время ухода.

У пациентов с менингококковой инфекцией выявляются следующие нарушенные потребности: быть здоровым, общение, сон.

Физиологические проблемы пациента с менингококковой инфекцией делятся на приоритетные и потенциальные.

Физиологические приоритетные проблемы:

□ головная боль

□ чувство жара из-за повышения температуры.

Физиологические потенциальные проблемы:

□ появление пролежней,

□ нарушение функции и моторики кишечника из-за постельного режима.

С учетом эпидемиологической опасности пациента, медицинский персонал обязан постоянно использовать средства индивидуальной защиты.

На первом этапе сестринского процесса, который включает в себя обследование пациента, медсестра должна установить доверительные отношения с пациентом, дать адекватную оценку его состояния. При выяснении жалоб медсестра должна обращать внимание на наличие клинической триады симптомов (лихорадка, головная боль и рвота), уточнять характер головной боли и особенно характер рвоты и связь ее с приемом

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агабабова В.В. Грипп у детей [текст]/ – М.: Практика, 2011. – 400с.
2. Актуальные проблемы менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов / И. С. Королева и др. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2006. – № 4. – С. 16-20.
3. Анализ и уроки летальных исходов менингококковой инфекции у детей / Н. В. Скрипченко и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2009. – №5. – С. 31-34.
4. Анализ летальных исходов менингококковой инфекции у детей Московской области [Электронный ресурс] / Целипанова // Инфекционные болезни . – 2016 . – №1 . – С. 80-83 . – Режим доступа: <https://rucont.ru/efd/360612>
5. Булкина И.Г. Инфекционные болезни с уходом за больными и основами эпидемиологии - М.: Медицина, 2009. – 319с.
6. Богданов И.Л. Вирусные менингиты – М.:Здоровье, 2010 – 63с.
7. Васильев. А.И. Грипп и другие ОРВИ [текст]/А.И. Васильев. – СПб.: Невский проспект, 2011. – 200с.
8. Вильниц А.А., Карев В.Е., Мазаева Е.М., Иващенко И.А. Характеристика гематологических и ликворологических изменений при менингококковой инфекции // Менингококковая инфекция у детей: руководство для врачей / Н.В. Скрипченко, А.А. Вильниц. – СПб: Тактик-Студио, 2015. – С. 138-155
9. Генотипирование *Neisseria meningitidis* / К.О. Миронов и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2009. – № 4. – С. 18-21
10. Дадимова М.А. Острые серозные менингиты и энцефалиты у детей [текст]/Дадимова М.А, Пратусевич Р.М. М.: Медицина, 2009. – 350с.
11. Динамика заболеваемости и летальности при менингококковой инфекции у детей Московской области / Л. В. Феклисова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2005. № 5. – С. 59-60.
12. Динамическое наблюдение за менингококковой инфекцией в Москве / И.С. Королева и др. // Материалы 2-ой Российской научно-практической конференции «Актуальные проблемы менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов». М., 2008. – С. 29-30.
13. Жукова Н.Г. Современные представления этиологии, патогенеза, диагностики и лечения менингитов у детей:/Томск: 2010. – 123с.
14. Зимченко А.П. Острые нейроинфекции у детей [текст]/А.П. Зимченко. –М.:Медицина, 2010. – 450с.
15. Иванов А.И. Уход за инфекционными больными [текст]/А.И. Иванов. – М.: Медицина, 2009. – 198с.
16. Иванова М.В., Карев В.Е., Иващенко И.А. Патогенетические механизмы развития бактериальных гнойных менингитов: информационно-аналитический обзор // Современные подходы к диагностике, терапии и профилактике инфекционных заболеваний у детей: научные труды. – СПб, 2013. – Т.3. – С.428- 453.
17. Казанцев. А.П. Справочник врача инфекциониста – М.: Медицина, 2009. – 400 с.
18. Королева И. С. Менингококковая инфекция и гнойные бактериальные менингиты : руководство по лабораторной диагностике / И. С. Королева, Г. В. Белошицкий ; под ред. В. И. Покровского. М. : МИА, 2007. – 109 с.
19. 25. Костюкова Н. Н. Менингококковое носительство: загадки и разгадки / Н. Н. Костюкова // Материалы 2-ой Российской научно-практической конференции «Актуальные проблемы менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов». М., 2008. – С. 31.

20. Костюкова Н.Н. Молекулярно-биологические механизмы менингококкового бактерионосительства / Н. Н. Костюкова // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. 2000. – № 4. – С. 17-22.
- Лобзина Ю.В. Руководство по инфекционным болезням Ростов - на - Дону: Феникс, 2009 – 736с.
21. Лобзин В.С. Менингиты и арахноидиты [текст]/В.С. Лобзин. – М.: Медицина, 2009. – 400с.
22. Михеев В.В. Нервные болезни/А.А. Михайлов. – М.: Медицина, 2010. –480 с.
23. Резникова Л.С. Серологические методы исследования при диагностике инфекционных болезней М.: Медицина, 2009. – 371с.
24. Скрипченко Н.В., Алексеева Л.А., Иващенко И.А., Кривошеев Е.М. Цереброспинальная жидкость и перспективы ее изучения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2011. – Т. 56, №6. – С. 88-97
25. Скрипченко Н.В. Бактериальные менингиты у детей. Медицинское пособие / Н.В. Скрипченко, А.А. Вильниц, В.Н. Команцев, М.В. Иванова, Г.П. Иванова, Е.Ю. Горелик, Н.Ф. Пульман, И.А. Иващенко, Е.М. Мазаева. – СПб., 2012. – 65с.
26. Угрюмов Б.Л.; Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней СПб.: Невский проспект, 2009, – 700с.
27. Учайкин В. Ф., Нисевич Н. И., Шамшева О. В. Инфекционные болезни у детей: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 688 с.
28. Эпидемиологические аспекты менингококковой инфекции и вопросы вакцинопрофилактики [Электронный ресурс] / Устюгова [и др.] // Инфекционные болезни . – 2016 . – №1 . – С. 50-58 . – Режим доступа: <https://rucont.ru/efd/360608>

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/nauchno-issledovatel'skaya-rabota/60053>