

**МИНИСТЕРСТВО ТРАНСПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ТРАНСПОРТА»
(РУТ (МИИТ))
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(ДИПЛОМНАЯ РАБОТА)**

**Тема: РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ,
ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

**ВЫПОЛНИЛА ОБУЧАЮЩАЯСЯ ГРУППЫ МЛД - 411 ГАБИБОВА ДИАНА САБИРОВНА
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.02.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО
РУКОВОДИТЕЛЬ:
ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСШЕЙ КАТЕГОРИИ ЕМЕЛЬЯНОВА Г. А.**

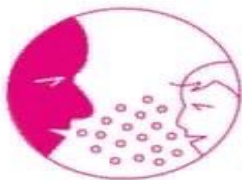
Москва, 2020

Введение

- ▶ **Менингококковая инфекция** – острое инфекционное антропонозное заболевание, вызываемое бактериями *Neisseria meningitidis*, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся разнообразными клиническими проявлениями: от назофарингита и здорового носительства до генерализованных форм в виде гнойного менингита, менингоэнцефалита и менингококкцемии с поражением различных органов и систем.
- ▶ **Цель работы:** изучение особенностей организации профессиональной фельдшерской помощи при менингококковой инфекции у детей.
- ▶ **Задачи:**
 1. Рассмотреть теоретические основы менингококковой инфекции у детей.
 2. Изучить учебно-методическую литературу, касающуюся данного заболевания.
 3. Раскрыть тактику фельдшера при менингококковой инфекции у детей.

Актуальность

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ



- **Менингококковая инфекция (МИ)** – это острое инфекционное заболевание, возбудителем которого является бактерия менингококк
- Менингококки могут населять носоглотку человека: любой из нас потенциально является носителем менингококка
- Носительство протекает без симптомов, чаще у взрослых¹ и подростков, которые являются источником инфекции для детей

В > 90%
случаев² заболевают
здоровые дети
без явных
факторов риска

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ



Каждый 2-й
заболевший ребенок
младше 5 лет⁴



ПОСЛЕДСТВИЯ



В 20% случаев⁵
менингококковая
инфекция приводит
к инвалидизации



- глухота
- задержка психо-моторного развития
- потеря зрения
- эпилепсия
- ампутация конечностей

СМЕРТНОСТЬ ОТ МИ В РОССИИ



Умирает каждый 6-й заболевший ребенок⁶

Среди погибших в **30%** случаев смерть наступает в течение 24-48 часов⁷



Симптомы на начальной стадии схожи с симптомами ОРВИ и гриппа, поэтому зачастую родители медлят с обращением к врачу



Впервые⁸ в России доступна вакцинация от менингококковой инфекции детей с 9 месяцев
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ У ВАШЕГО ПЕДИАТРА!

ЭТИОЛОГИЯ

- ▶ **Возбудитель** — неподвижная грамотрицательная бактерия *Neisseria meningitidis*. В препаратах он выглядит как диплококк, располагающийся в виде «кофейных зёрен». Менингококки растут на питательных средах, содержащих нативные белки (кровь, сыворотки и др.), склонны к образованию L-форм (бактерии, частично или полностью лишённые клеточной стенки, но сохранившие способность к развитию). На основании группоспецифических антигенов бактерии разделяют на серологические группы (A, B, C, D, N, X, Y, Z, W-135 и др.), но только три из них — A, B и C — ответственны за развитие более чем 90% генерализованных форм менингококковой инфекции. Основным фактором агрессии возбудителя - эндотоксин. По составу белков наружной мембраны выделяют 20 серогрупп менингококка.
- Возбудитель малоустойчив к воздействию факторов внешней среды: вне организма быстро погибает при высыхании, охлаждении ниже 22 °С, при 55 °С погибает через 5 мин. Под действием 0,01% раствора хлорамина, 1% раствора фенола и 0,1% раствора перекиси водорода инактивируется через 2—3 мин.

Резервуар и источник инфекции – больной человек и «здоровый» носитель. Носительство менингококков распространено довольно широко и подвержено колебаниям.

Длительность носительства составляет 2-3 нед. Более длительное носительство связано, как правило, с хроническими воспалительными поражениями носоглотки.

Входные ворота инфекции – слизистые оболочки носоглотки и реже зева.

Механизм передачи - аэрозольный.

Возбудитель передаётся с капельками слизи при кашле, чихании, разговоре. Заражению способствуют скученность, длительное общение, особенно в спальнях помещений, нарушения режима температуры и влажности. Естественная восприимчивость людей высокая, но исход заражения определяют как свойства возбудителя, так и резистентность макроорганизма.



Классификация МИ

Классификация (В.И.Покровский):

- ▶ Длительность инкубационного периода при менингококковой инфекции у детей составляет от 1 до 10 дней (чаще 2 – 4 дня). В соответствии с современными представлениями выделяют следующие клинические формы болезни.

А. Локализованные формы:

- менингококконосительство;
- назофарингит.

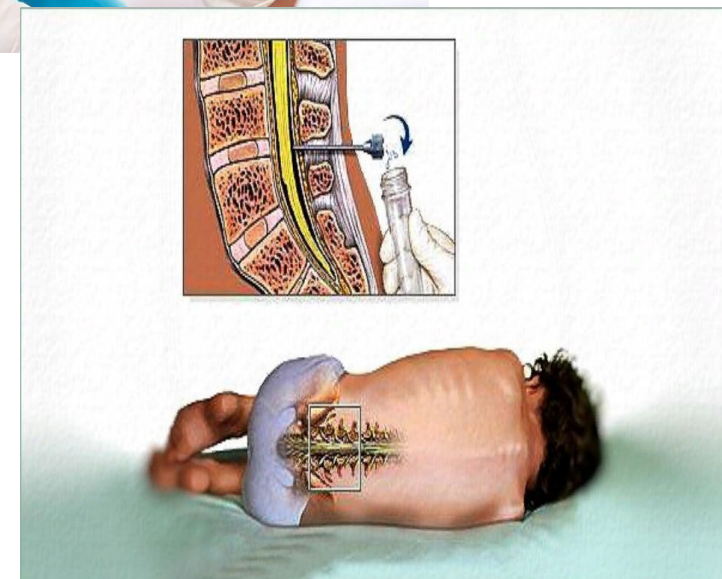
Б. Генерализованные формы:

- менингококкемия;
- менингит;
- менингоэнцефалит;
- смешанная (менингит + менингококкемия).



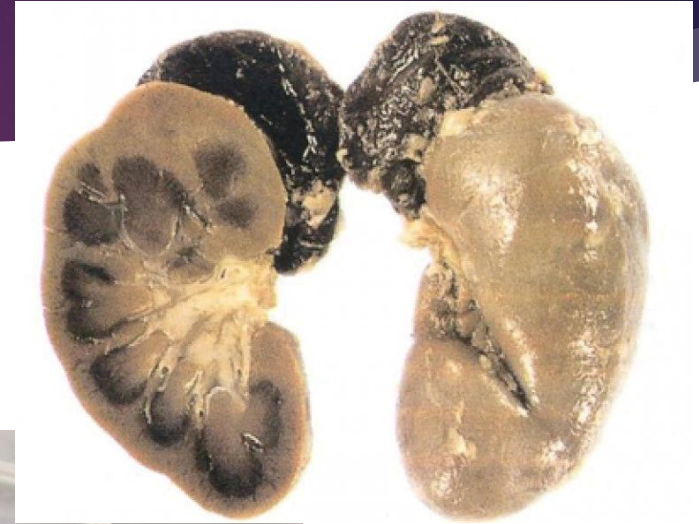
Диагностика

- ▶ 1. При всех формах - мазок из носоглотки на менингококк.
- ▶ 2. Спинномозговая пункция, с посевом на питательные среды.
- ▶ 3. Кровь из вены на менингококк с посевом на питательные среды. Соскоб с элементов сыпи.
- ▶ 4. Серологические: определение в РНГА антител к менингококку в сыворотке крови, нарастание титра в 4 раза и более.



Осложнения

- ▶ 1. Инфекционно-токсический шок.
- ▶ 2. Острый отек-набухание головного мозга.
- ▶ 3. Острая почечная недостаточность.
- ▶ 4. Острая сердечно-сосудистая недостаточность.
- ▶ 5. Острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауса-Фридериксена):



Лечение

- ▶ 1. Обязательна госпитализация.
- ▶ 2. Режим постельный.
- ▶ 3. Антибиотики (пенициллин, рифампицин, цефалоспорины 3го поколения, левомицетин).
- ▶ Пенициллин назначают из расчёта 200-400 тыс. ЕД/кг в сутки. Препарат вводят внутримышечно 6 раз в сутки. В случае необходимости вводят натриевую соль бензилпенициллина внутривенно, при этом трансфузия должна быть непрерывной. Уменьшать дозы пенициллина в процессе лечения нельзя, так как это приводит к обострению болезни. Продолжительность лечения большинства больных обычно 5-8 сут. При наличии повышенной чувствительности больного к пенициллину лечение проводят левомицетином сукцинатом натрия (60-100 мг/кг в сутки внутримышечно каждые 8 ч).



Лечение

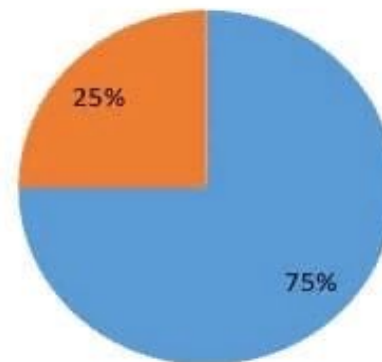
- ▶ 4. Дезинтоксикационная терапия. введение глюкозы, изотонического раствора хлорида натрия, реополиглюкина, переливание плазмы). Для борьбы с ацидозом внутривенно капельно вводят 4% раствор гидрокарбоната натрия (50-75 мл).
- ▶ 5. Дегидратационная терапия. Одновременно проводят дегидратацию: 20% маннитол из расчёта 1-3 г сухого вещества на 1 кг массы ребёнка, внутримышечное введение 25% раствора сульфата магния, внутривенное введение 20% плацентарного альбумина, гипертонических растворов глюкозы, хлорида натрия или кальция, применение диуретиков (диакарб, лазикс, урегит).
- ▶ 6. Гормональные препараты.
- ▶ 7. Сердечные гликозиды.
- ▶ 8. Противосудорожные средства.
- ▶ 9. Витамины.

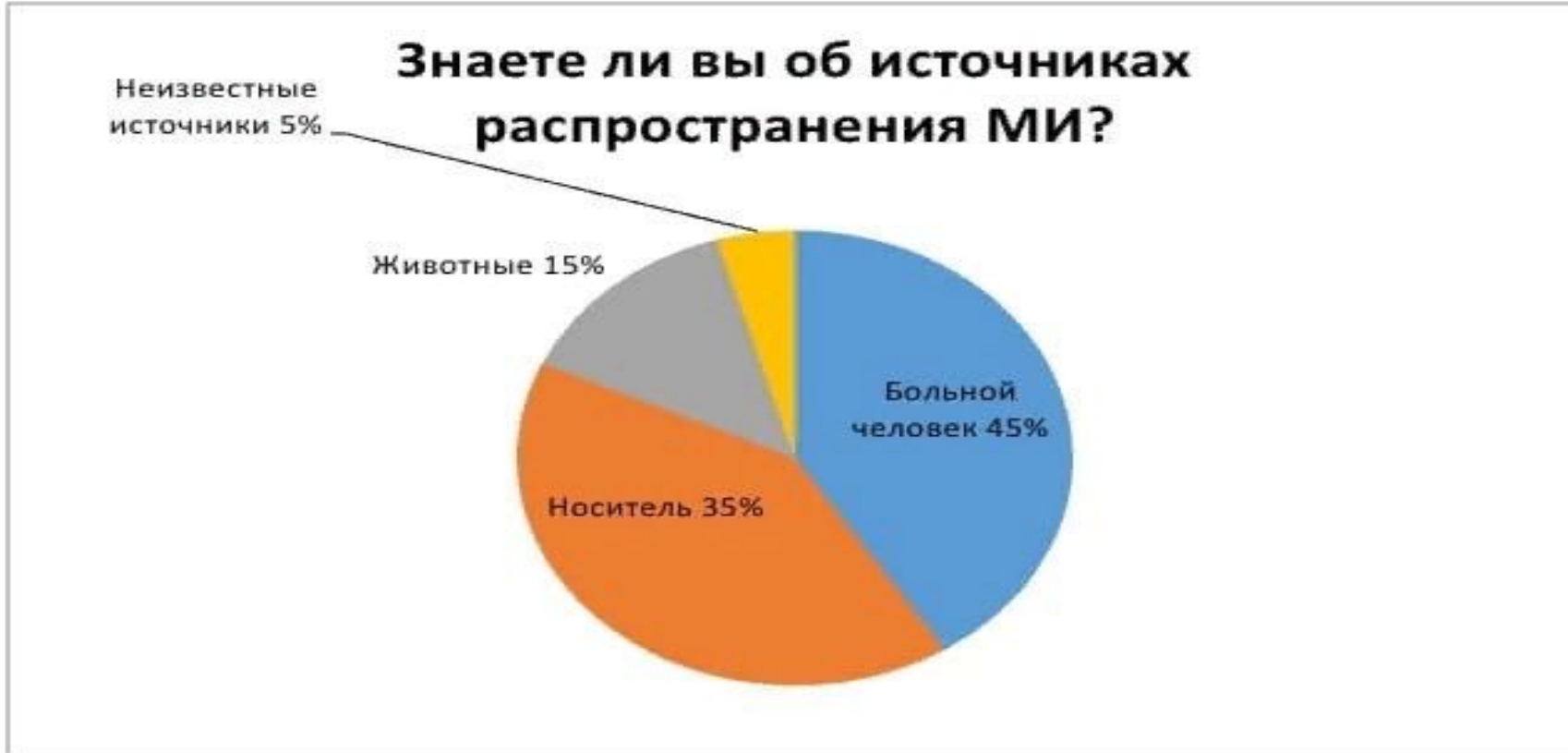
Результаты опроса

Анализ санитарных знаний родителей по вопросам профилактики МИ показал, что преобладающее большинство (75%) опрошенных слышали о таком заболевании как «МИ»

Слышали ли вы о таком заболевании как МИ?

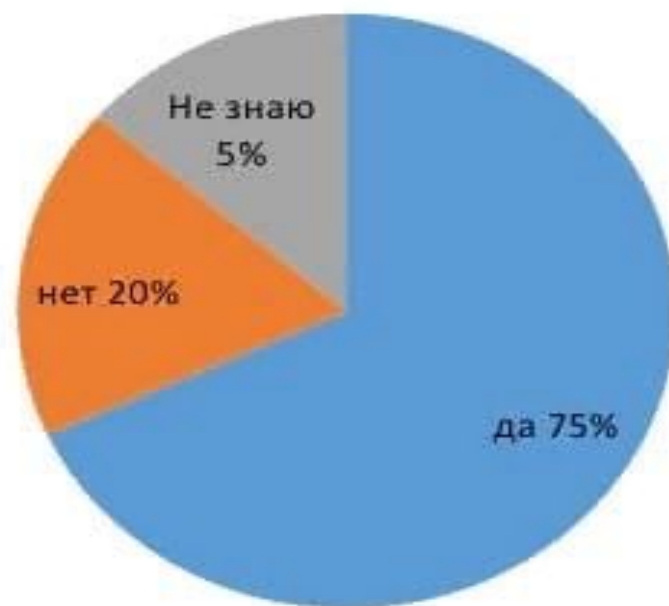
■ Да 75% ■ Нет 25%





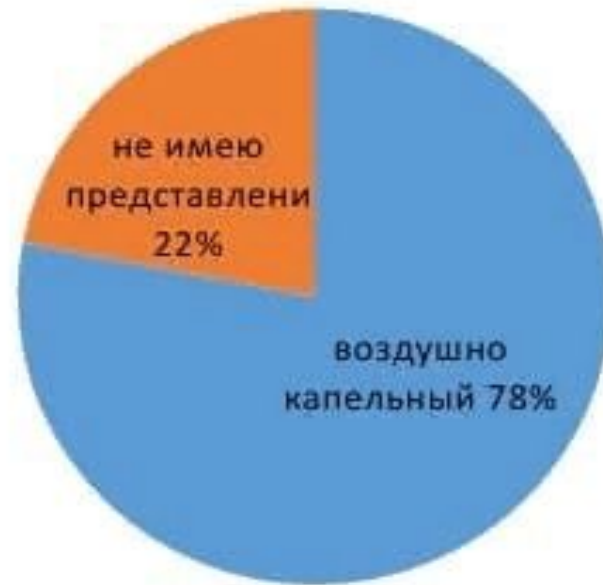
На вопрос об источнике инфекции в случае заразного характера заболевания половина респондентов 45% назвали больного человека; 35% думают, что заражение может произойти от «здоровых» людей (носителей микробов); назвали в качестве возможного источника инфекции животных 15%; 5% опрошенных уверены в отсутствии источника инфекции как такового

Является ли МИ заразной?



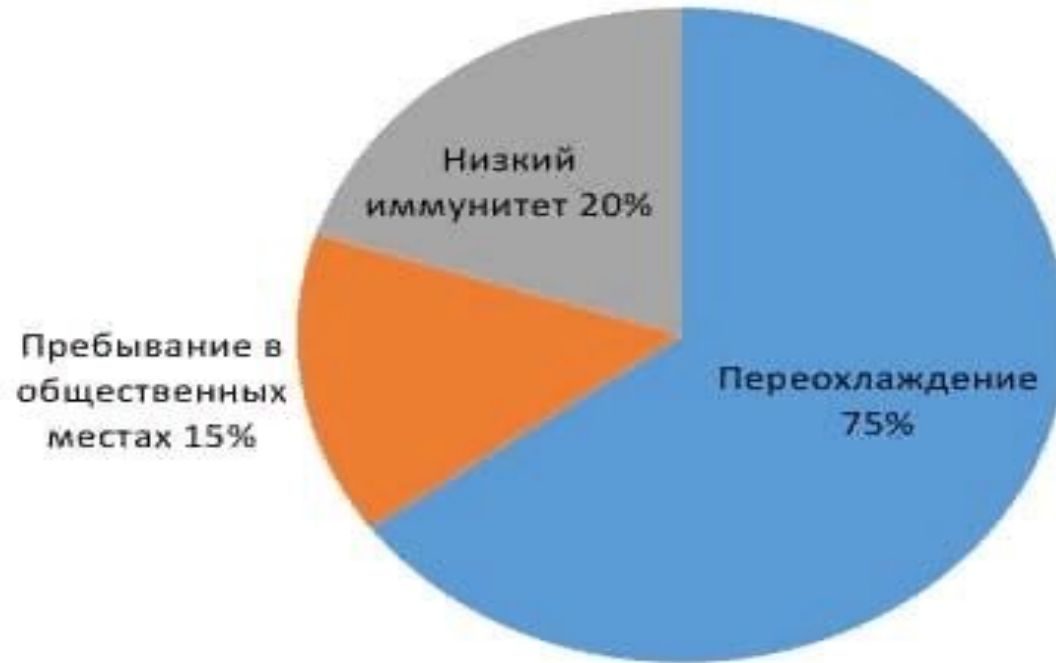
Заразный характер МИ отметили 75%; считают, что менингиты не заразны 20%; затруднились ответить на вопрос 5%

Какие пути передачи МИ существуют?



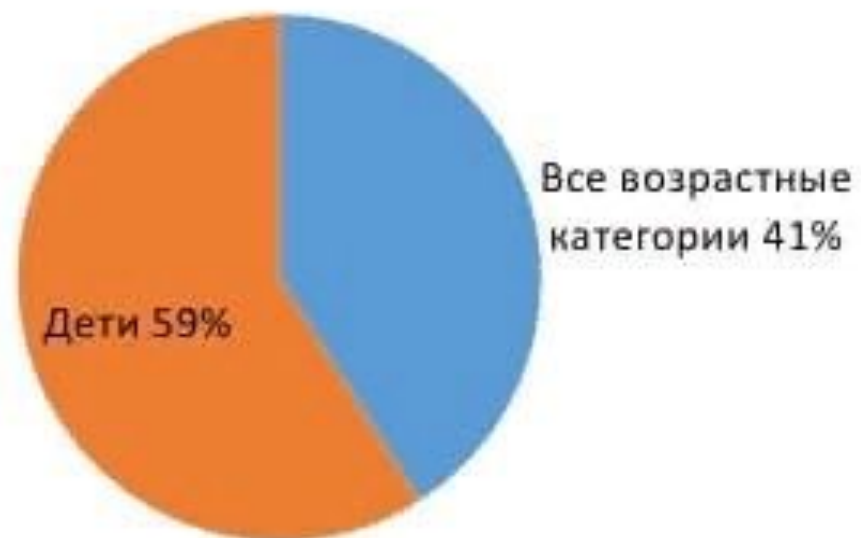
Никто из опрошенных лиц не дал полные ответы о возможных путях передачи заболеваний МИ. Наиболее часто назывался путь передачи заболевания по воздуху (78,3%)

Какие факторы способствуют заболеванию МИ?



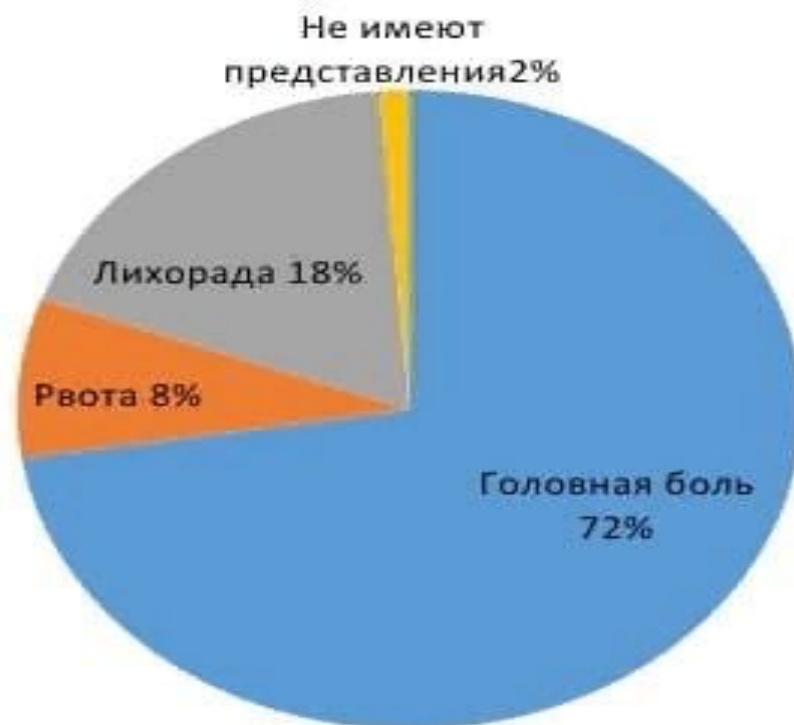
Среди факторов, способствующих заболеванию МИ большинство респондентов отметили нежелание носить головной убор в холодное время года (75%). Считают, что можно заболеть при длительном пребывании в местах скученности людей (15%), при снижении иммунитета – (20%)

Кто чаще подвержен МИ?



На вопрос «Кто чаще болеет МИ?» наиболее частыми ответами были: лица любого возраста – 41% и дети – 59%

Какие характерные признаки МИ вы можете назвать?

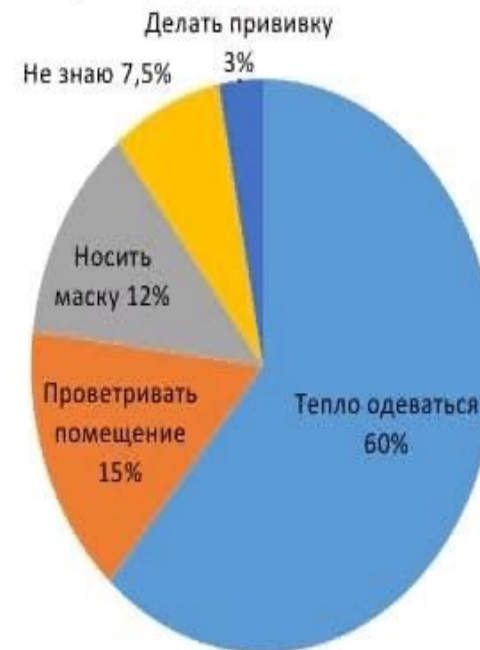


Преобладающее большинство респондентов в качестве характерных признаков менингита назвали сильную головную боль (72%). При этом два других клинических признака назвали небольшая часть опрошенных: рвота (8%) и лихорадка (18%)

Ответы на вопрос о мерах профилактики заболевания МИ распределились следующим образом:

- 1) тепло одеваться (60%);
- 2) проветривать помещение (15%);
- 3) носить маску (12%);
- 4) делать прививку (3%);
- 5) не знаю (7,5%);
- 6) ни одно из указанных (0,8+0,39%) (рис.9)

Какие меры профилактики МИ вы знаете?



ВЫВОДЫ

- ▶ 1. Не смотря на высокую летальность и опасность МИ, к сожалению, наше население плохо осведомлено о таком опасном для детей заболевании как МИ.
- ▶ 2. К большому сожалению, родители, в силу своей неосведомленности поздно обращаются за медицинской помощью в случаях возникновения симптомов респираторной инфекции, что приводит к плачевным последствиям. Так как в случае МИ время играет большую роль в возникновении очень тяжелых и фатальных осложнений.
- ▶ 3. Следуя из всего вышеперечисленного, мы можем сделать вывод, что фельдшер скорой помощи при отказе от госпитализации должен провести беседу и рассказать родителям о всех возможных последствиях. При неэффективности, обязательно вызвать участкового педиатра.

Спасибо за внимание

