

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ****Н А К А З**09.07.2004№ 354

м. Київ

**Про затвердження Протоколів
діагностики та лікування
інфекційних хвороб у дітей**

На виконання доручення Президента України від 6.03.2003 № 1-1/152 п.а.2 і спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України та Академії Медичних наук України від 11 вересня 2003 № 423/59 з метою уніфікації вимог до обсягів і якості надання медичної допомоги дітям з інфекційними хворобами

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Протоколи діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей (додаються).

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської і Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської держадміністрацій, керівникам лікувально-профілактичних закладів, підпорядкованих МОЗ України, забезпечити:

2.1. Впровадження у діяльність закладів охорони здоров'я Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей починаючи з 1 вересня 2004 року.

2.2. Щороку до 1 січня направляти до Міністерства пропозиції щодо внесення змін та доповнень до Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей.

3. Управлінню організації медичної допомоги дітям і матерям, головному позаштатному спеціалісту МОЗ України із спеціальності "Дитячі інфекційні хвороби" раз на три роки переглядати та вносити пропозиції щодо змін до Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей.

4. Контроль за виконанням даного наказу покласти на Першого заступника Міністра Білого В.Я.

Міністр**А.В.Підасєв**

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказ Міністерства охорони здоров'я
України
_____09.07.04_____№_____354_____

Протоколи
діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей

1. Протокол діагностики та лікування ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ А, В, С у дітей
2. Протокол діагностики та лікування ДИФТЕРІЇ у дітей
3. Протокол діагностики та лікування ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ у дітей
4. Протокол діагностики та лікування ГРИПУ у дітей
5. Протокол діагностики та лікування ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ у дітей
6. Протокол діагностики та лікування ГЕРПЕТИЧНОГО ЕНЦЕФАЛІТУ у дітей
7. Протокол діагностики та лікування ІНВАЗИВНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ДІАРЕЙ у дітей
8. Протокол діагностики та лікування СЕКРЕТОРНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ДІАРЕЙ у дітей
9. Протокол діагностики та лікування ІЄРСИНІОЗА КИШКОВОГО у дітей
10. Протокол діагностики та лікування ЛЕПТОСПИРОЗУ у дітей
11. Протокол діагностики та лікування МЕНІНГОКОККОВОЇ ІНФЕКЦІЇ у дітей
12. Протокол діагностики та лікування ПАРОТИТНОЇ ІНФЕКЦІЇ у дітей
13. Протокол діагностики та лікування ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ у дітей
14. Протокол діагностики та лікування КОРУ у дітей
15. Протокол діагностики та лікування КАШЛЮКУ у дітей
16. Протокол діагностики та лікування ПСЕВДОТУБЕРКУЛЬОЗУ у дітей
17. Протокол діагностики та лікування КРАСНУХИ у дітей
18. Протокол діагностики та лікування СКАРЛАТИНИ у дітей
19. Протокол діагностики та лікування СЕРОЗНИХ МЕНІНГІТІВ у дітей
20. Протокол діагностики та лікування ВІТРЯНОЇ ВІСПИ у дітей
21. Протокол діагностики та лікування ВІРУСНИХ ЕНЦЕФАЛІТІВ у дітей (вітрянкової, корової, краснушної етіології)

1. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ А, В, С У ДІТЕЙ

Шифр МКХ-10 –

Вірусні гепатити: В15 - В 17.1

В15 Гострий гепатит А

В15.0 Гепатит А з печінковою комою

В15.9 Гепатит А без печінкової коми

В16 Гострий гепатит В

В16.9 Гострий гепатит В без дельта-агента з печінковою комою

В19.9 Гострий гепатит В без дельта-агента і без печінкової коми

В17 Гострий гепатит С

В17.1 Гострий гепатит С.

Вірусні гепатити – це група інфекційних захворювань, що викликаються первинно-гепатотропними вірусами, з фекально-оральним та гемо-контактним механізмами передачі, які характеризуються переважним ураженням печінки.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

Вірусний гепатит А:

- епіданамнез - контакт з хворим, який має жовтяницю, протягом останніх 15 - 45 днів до захворювання; сезонність (літо-осінь), можливість групових спалахів.
- гострий початок захворювання;
- короткий (3-7 днів) переджовтяничний період найчастіше за грипоподібним та диспепсичним варіантом;
- темна сеча;
- знебарвлений кал;
- поліпшення самопочуття хворих з моменту появи жовтяниці;
- збільшення та болючість при пальпації печінки;

Вірусний гепатит В:

- епіданамнез - наявність парентеральних маніпуляцій протягом останніх 2-6 місяців, переливання препаратів крові, відвідування стоматолога з екстракцією зубів, тощо; можливість трансплацентарної передачі вірусу, або під час пологів;
- частіше поступовий розвиток хвороби, але можливий гострий;
- тривалий переджовтяничний період (від 5-7 днів до 3 тижнів) частіше за артралгічним, астено-вегетативним, або змішаним варіантом;
- темна сеча;
- знебарвлений кал;
- жовтяниця з наростанням симптомів інтоксикації;
- збільшення та болючість при пальпації печінки.

Вірусний гепатит С:

- епіданамнез - наявність даних про переливання препаратів крові, трансплантацію органів, проведення сеансів гемодіалізу;
- поступовий розвиток хвороби;
- незначні прояви інтоксикаційного синдрому;
- не значно виражена жовтяниця;
- часто відсутня жовтяниця;
- збільшенням розмірів печінки.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові - помірна лейкопенія, лімфоцитоз;
2. Загальний аналіз сечі - підвищення рівню жовчних пігментів, уробіліну;
3. Підвищення активності АлАТ, АсАТ;
4. Підвищення загального білірубіну з переважанням прямої фракції;
5. Збільшення показників тимолової проби;
6. Зниження протромбінового індексу, фібриногену;
7. При холестазі підвищення рівня лужної фосфатази, холестерину, ГГТП в крові.

Атипові форми (безжовтянична, стерта, субклінічна)

- наявність в анамнезі контакту з хворим на вірусний гепатит;
- збільшення розмірів печінки;
- підвищення активності АлАТ та АсАТ, тимолової проби.

Фульмінантна форма:

- скорочений продромальний період;
- різке погіршення стану дитини при появі жовтяниці;
 - значно виражений інтоксикаційний синдром;
 - геморагічний синдром;
 - тахікардія;
 - емоційна нестабільність, сонливість удень, безсоння вночі;
 - "хлопаючий тремор";
- у стадії прекоми - порушення орієнтації, сплутаність свідомості, психомоторне збудження;
- у стадії коми - втрата контакту з хворим;
- зменшення розмірів печінки;
- під час лабораторного дослідження виявляється анемія, нейтрофільний лейкоцитоз, тромбоцитопенія, прискорення ШОЕ, значне підвищення білірубіну за рахунок непрямого, білірубін-ферментна дисоціація, зниження протромбіну, фібриногену та активності печінкових ферментів.

ЛІКУВАННЯ

Базисна терапія:

- Режим – ліжковий до зникнення симптомів інтоксикації, напівліжковий – до нормалізації самопочуття, зникнення жовтяниці та нормалізації лабораторних показників;
- Дієтотерапія - стіл 5-5а за Певзнером.

Легка форма:

— Базисна терапія.

Середньотяжка форма:

- Базисна терапія.
- Пероральна дезінтоксикаційна терапія в об'ємі 40-50 мл/кг (5% розчин глюкози, столова негазована мінеральна вода) з обов'язковим контролем водного балансу.
- Ентеросорбенти – 1-2 тижні (при холестатичному варіанті).
- У періоді реконвалесценції - жовчогінні препарати (холосас, оксафенамид та ін.).

Тяжка форма (без ознак гепатодистрофії):

- Базисна терапія.
- Дезінтоксикаційна терапія - внутрішньовенне крапельне введення розчинів в кількості 50-100 мл/кг на добу, альбумін - 5мл/кг, 5% розчин глюкози, розчин Рингеру, Рингеру-лактату, 0,9 % розчин хлориду натрію;
- Ентеросорбенти - 2-3 тижні;
- Препарати лактулози - у віковій дозі 10-14 днів;
- При наявності ознак холестази – дезоксихолієва кислота 10 г/кг;
- Преднізолон призначається при загрозі розвитку фульмінантної форми та у дітей до 1 року життя з несприятливим преморбідним фоном: у добовій дозі 1-3 мг/кг 4 рази на добу продовж 7-10 днів.

Фульмінантна форма:

- Режим - суворий ліжковий;
- Дієта - №5а з обмеженням білків до 40% на добу;

Проводиться катетеризація судин по Сельдингеру та призначається:

- Преднізолон 10-15 мг/кг на добу через 4 години рівними дозами без нічної перерви в/в;
- Дезінтоксикаційна терапія: альбумін, 5% розчин глюкози, розчин Рингеру, 0,9 % розчин хлориду натрію - із розрахунку 50-100 мл/кг на добу під контролем діурезу;
- Екстракорпоральні методи детоксикації при неефективності терапії: плазмаферез в об'ємі 2-3 ОЦК 1-2 рази на добу до виходу з коми;
- Гіпербарична оксигенація;
- При набряково-асцитичному синдромі – корекція водно-електролітного балансу та білкового складу крові;
- Калій-зберігаючі сечогінні засоби (верошпірон, трімкур, спіронолактони).
- Свіжезаморожена плазма 10 мл/кг як джерело факторів згортання крові;
- Гепарин 100-300 ОД/кг при загрозі ДВЗ-синдрому;
- Інгібітори протеолізу (трасилол, контрикал, гордокс) у вікових дозах при розвитку ДВЗ-синдрому;

- Антибактеріальна терапія парентерально з метою попередження інфекційних ускладнень. Антибіотик підбирається з урахуванням гепатотоксичності;
- Промивання шлунка та висока очисна клізма;
- Препарати лактулози;

2. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДИФТЕРІЇ У ДІТЕЙ

ШИФР МКХ – 10 –

A36 Дифтерія

A36.0 Дифтерія глотки

A36.1 Дифтерія носоглотки

A36.2 Дифтерія гортані

A36.3 Дифтерія шкіри

A36.8 Інша дифтерія

A36.9 Дифтерія, неуточнена

Дифтерія – гостре інфекційне захворювання, яке викликається паличкою Леффлера та характеризується утворенням фібринозних нальотів у місці інвазії збудника, найчастіше на слизових оболонках ротоглотки та дихальних шляхів, загальною інтоксикацією, ураженням серцево-судинної, нервової систем та нирок.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- Клінічні прояви залежать від клінічної форми дифтерії по тяжкості та локалізації;

Дифтерія мигдаликів легкого ступеня тяжкості:

- початок гострий;
- температура тіла нормальна, або субфебрильна, триває 1-2 дні;
- збільшення мигдаликів рівномірне кулясте;
- гіперемія слизової оболонки мигдаликів із ціанотичним відтінком;
- наліт фібринозного або частково фібринозного характеру – (еластична плівка, щільно поєднана з поверхнею мигдаликів, не розтирається між шпателями, зберігає форму у воді) знімається важко або без труднощів, поверхня слизової оболонки ротоглотки після зняття нальоту кровоточить або не кровоточить, розміщений на одному або обох мигдаликах у вигляді острівців білувато-сірого, або білого кольору;
- може бути наліт, розміщений на мигдаликах гнійного характеру;
- біль у горлі незначний;
- регіонарний підщелепний лімфаденіт;
- головний біль, слабкість, кволість;
- епідеміологічні дані – контакт з хворим на дифтерію дорослим, або дитиною, порушення календаря щеплень проти дифтерії.

Дифтерія мигдаликів середньотяжка:

- гострий початок;
- температура тіла фебрильна, субфебрильна, триває 2-3 дні;
- біль у горлі помірний, нерідко не відповідає характеру і поширеності процесу;
- збільшення піднебінних мигдаликів рівномірне кулясте;

- гіперемія слизової оболонки ротоглотки здебільшого із ціанотичним відтінком;
- наліт плівчастий, фібринозного характеру, щільний, блискучий, сіруватого кольору, розміщений на одному, або обох мигдаликах у вигляді острівців або суцільної плівки, важко знімається, оголюючи поверхню, що кровоточить, нерідко виходить за межі мигдаликів;
- набряк мигдаликів, слизових оболонок ротоглотки, який значно вираженіший у порівнянні із місцевою гіперемією;
- регіонарний підщелепний, або шийний лімфаденіт;
- головний біль, слабкість, кволість, зниження апетиту, нудота, одноразова блювота;
- блідість шкіри;
- тахікардія;
- епідеміологічні дані - контакт з хворим на дифтерію, порушення календаря щеплень проти дифтерії.

Дифтерія мигдаликів тяжка:

- гострий початок;
- температура тіла гектична, фебрильна в перші години захворювання, у подальшому субфебрильна або нормальна на фоні погіршення загального стану;
- головний біль, слабкість, кволість, ломота в м'язах та суглобах, порушення сну, знижений або відсутній апетит, повторна блювота;
- біль у животі;
- біль у горлі помірний, відчуття клубка у горлі, утруднене ковтання;
- блідість шкіри, периоральний ціаноз;
- різко виражений набряк мигдаликів та м'яких тканин ротоглотки дифузного характеру;
- наліт фібринозного характеру, плівчастий, щільний, сірувато-білого або брудно-сірого кольору, не знімається шпателем, поверхня слизової під ним кровоточить, розміщений на мигдаликах та за їхніми межами – на піднебінних дужках, язичку, м'якому та твердому піднебінні, бічній та задній поверхні горла;
- гіперемія слизової оболонки ротоглотки із ціанотичним відтінком;
- регіонарний підщелепний та шийний лімфаденіт;
- запах з рота солодко-гнильний, приторний;
- набряк підшкірно-жирової клітковини шиї різного поширення (від підщелепної ділянки до грудей, обмежений або поширений, однібічний або симетричний);
- геморагії на слизовій оболонці твердого та м'якого піднебіння;
- ранні ускладнення.

Гіпертоксична форма дифтерії мигдаликів:

- дуже гострий початок;
- біль в горлі при ковтанні;
- біль в ділянці шиї;

- біль при відкриванні рота;
- біль при пальпації лімфатичних вузлів;
- температура тіла гектична;
- прогресуюча слабкість, млявість, запаморочення, нудота, багаторазове блювання, анорексія;
- набряк мигдаликів та супутніх слизових оболонок ротоглотки різко виражений;
- гіперемія ротоглотки із ціанотичним відтінком;
- регіонарний підщелепний, шийний лімфаденіт;
- наліт на піднебінних мигдаликах плівчастий, фібринозний.

Ларингеальна дифтерія (дифтеріїний ларинготрахеїт, дифтеріїний круп):

- початок поступовий;
- температура тіла субфебрильна;
- осиплість голосу в перші години (добу) хвороби, потім – афонія;
- кашель спочатку гучний, грубий, гавкаючий, потім – беззвучний;
- швидке наростання симптомів дихальної недостатності;
- у розпал хвороби характерне утруднення дихання під час вдиху, шумне дихання з подовженим вдихом, за участю допоміжної мускулатури;
- характерна стадійність – катаральна стадія – стеноїтична – асфіктична;
- в асфіктичній стадії – серцеві тони приглушені, пульс частий, аритмія; сплутанна свідомість, непритомність, судоми.
- під час ларингоскопії – набряк, гіперемія слизової оболонки, сіруваті плівки в гортані та на істинних голосових зв'язках, при поширеному крупі плівки в трахеї та бронхах;
- часте поєднання із дифтерією мигдаликів та назофарингеальною дифтерією.

Назофарингеальна дифтерія (дифтеріїний назофарингіт, дифтеріїний фарингіт):

- утруднення носового дихання;
- гугнявість голосу;
- біль в горлі з іррадіацією у вуха;
- виділення з носу сукровично-гнійні;
- відсутнє видиме запалення у порожнині носа;
- при задній риноскопії набряк та помірна гіперемія слизової оболонки глоткового мигдалика і (або) на його поверхні фібринозних плівок;
- "списоподібний" наліт, який сповзає по задній стінці глотки;
- регіонарний (задньошийний) лімфаденіт;
- прояви загальної інтоксикації помірні або значні (млявість, блідість, анорексія, підвищення температури).

Дифтерія переднього відділу носа:

- утруднення носового дихання і смоктання у дітей першого року життя з невеликим слизовим, серозно-слизистим або кров'янистогнійним виділенням;
- подразненням шкіри біля отворів носу з екскоріаціями та тріщинами;
- температура тіла субфебрильна, рідко фебрильна;
- в'язлий тривалий затяжний перебіг;
- під час риноскопії – типові фібринозні дифтеритичні нальоти на перегородці носа а іноді поверхневі ерозії, можуть бути на раковинах, дні носу, у навколоносових пазухах;
- починається з ураження однієї половини носа, потім процес переходить на другу половину носа;
- набряки у ділянці перенісся, щік, під очима – при тяжкій формі.

Дифтерія іншої локалізації:

- відноситься ураження очей, вух, пошкодженої шкіри, зовнішніх статевих органів, травного каналу (стравоходу, шлунку);
- частіше комбінується з дифтерією ротоглотки, гортані, носа;
- характерні типові місцеві зміни – фібринозний наліт, під яким у разі його зняття виявляється кровоточива поверхня;
- регіонарний лімфаденіт;
- набряк навколишньої підшкірної клітковини;
- токсикоз незначно виражений.

Комбінована форма:

- найчастіше зустрічається дифтерія мигдаликів і дифтерійний фарингіт;
- дифтерія мигдаликів і переднього відділу носа;
- дифтерія мигдаликів і ларингеальна дифтерія;
- швидке наростання клінічних симптомів та їхня динаміка;
- токсикоз значно виражений;
- поліморфізм клінічних проявів.

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА:

1. Загальний аналіз крові – лейкоцитоз, нейтрофільоз, зсув формули вліво, прискорення ШОЕ.
2. Бактеріоскопія секрету ротоглотки і носових ходів – наявність або відсутність бактерій морфологічно подібних до коринебактерій дифтерії.
3. Бактеріологічна діагностика слизу з ротоглотки, з носу та інших місць ураження – виділення культури коринебактерії дифтерії та визначення її токсигенних властивостей.
4. РПГА крові з дифтерійним діагностикомом – зростання титру антитоксичних антитіл у сироватці крові у динаміці хвороби.
5. РНА з комерційним дифтерійним антигеном – виявлення дифтерійного токсину у сироватці крові.

6. РПГА крові з еритроцитарним діагностикумом до введення ПДС - визначення рівню дифтерійного токсину в сироватці крові.

Дослідження для діагностики ускладнень:

7. Коагулограма – гіперкоагуляція або коагулопатія.
8. Загальний аналіз сечі – можлива протеїнурія, циліндрурія, мікрогематурія, підвищена питома вага.
9. Ниркові тести – підвищення рівню залишкового азоту, сечовини, азоту сечовини.
10. ЕКГ – дослідження у динаміці.
11. Огляд отоларингологом, кардіологом та неврологом у динаміці.
12. Ларингоскопія пряма та непряма при ларингеальній дифтерії.
13. Риноскопія при назофарингеальній дифтерії.
14. Задня риноскопія при назофарингеальній дифтерії.

ЛІКУВАННЯ

1. Госпіталізації підлягають усі хворі в залежності від тяжкості до боксованого або реанімаційного відділення інфекційного стаціонару.
2. Дієта – вітамінізована, калорійна, щадно оброблена їжа.
3. Етіотропна терапія – введення протидифтерійної сироватки (ПДС), доза та кратність введення залежить від ступеню тяжкості та клінічної форми дифтерії. Після встановлення діагнозу дифтерії чи вірогідній підозрі на неї ПДС вводиться в перші дві години після госпіталізації. ПДС не вводиться дітям, у яких діагноз дифтерії встановлений після 7-го дня захворювання і відсутні симптоми інтоксикації та нашарування на мигдаликах. ПДС вводиться тільки після постановки внутрішньо-шкіряної проби.
 - При легкій формі дифтерії вся доза ПДС вводиться одноразово внутрішньом'язово і складає від 20 000 – 40 000 МО.
 - Повторне введення сироватки в цій же дозі можливе при збереженні через добу симптомів інтоксикації та збереженні чи поширенні нашарувань на мигдаликах.
 - При легкій формі в умовах стаціонару, коли постановка діагнозу дифтерії викликає труднощі, можливе спостереження за хворим протягом 8-24 годин до кінцевого встановлення діагнозу без введення ПДС.
 - При середньотяжкій формі дифтерії перша доза ПДС становить 50 000 – 80 000 МО, через 24 год при необхідності вводиться повторна доза.
 - При тяжкій формі дифтерії курсова доза ПДС складає 90 000-120 000 МО – 120 000-150 000 МО. Перша доза має складати 2/3 курсової. У добу госпіталізації вводять 3/4 курсової дози. Кратність введення ПДС складає 12 год, якщо вся доза сироватки вводилася внутрішньовенно інтервал складає 8 год. При дуже тяжких формах захворювання показане внутрішньовенне крапельне введення сироватки. Половину розрахованої дози вводять внутрішньовенно, другу половину внутрішньом'язово.

Доза ПДС в залежності від тяжкості дифтерії

Тяжкість стану	Перша доза сироватки (в тис. МО)
Легка форма дифтерії	20 000 - 40 000
Середньотяжка форма дифтерії	50 000 – 80 000
Тяжка форма дифтерії	90 000 – 120 000
Дуже тяжка форма дифтерії (ІТШ, ДВЗ – синдром)	120 000 - 150 000

4. Антибактеріальна терапія: при легких формах: еритроміцин, рифампіцин в середину, при середньотяжких та тяжких - парентерально напівсинтетичні антибіотики пеніцилінового та цефалоспоринового ряду. Тривалість курсу антибактеріальної терапії складає 10-14 днів. Препарати призначають у вікових дозах.

5. Місцева санація ротоглотки – полоскання та орошення ротоглотки дезінфікуючими розчинами.

6. Дезінтоксикаційну терапію глюкозо-сольовими та колоїдними розчинами при середньотяжкій та тяжкій формах з обліком добової потреби в рідині і патологічних витрат.

7. Глюкокортикостероїди – при середньотяжкій формі у дозі 2-3 мг/кг по преднізолону та тяжкій формі у дозі 10-20 мг/кг по преднізолону.

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів)

Дифтерійна кардіопатія;

Міокардит;

Токсична полінейропатія:

 Метаболічна енцефалопатія;

 Набряк головного мозку;

Токсичний нефрозонефрит

Імунокомплексний нефрит

Гостра ниркова недостатність

ІТШ

ДВЗ – синдром

Серцево-судинна недостатність

Дихальна недостатність

Поліорганна недостатність

Неспецифічні ускладнення: паратонзиллярний абсцес, отит, пневмонія.

3. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ

ШИФР МКХ- 10 - G00- G 09

Гнійні менінгіти – це група захворювань ЦНС бактеріальної етіології, в основі виникнення яких лежить гнійне запалення оболонок мозку.

Всі менінгіти класифікують

по етіології: менінгококовий, пневмококовий, стафілококовий, гемофільний, стрептококовий, ентерококовий, сальмонельозний, тощо;
по патогенезу: первинний і вторинний;
по тяжкості: середньотяжкий, тяжкий;
по перебігу: гострий (до 3 міс.), затяжний чи підгострий (понад 3 міс.); з ускладненнями і без ускладнень.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- загальноінфекційний синдром;
- менінгеальний синдром.

Менінгеальний синдром включає:

- гідроцефально-гіпертензійні симптоми: різкий головний біль дифузного характеру, повторна блювота, загальна гіперестезія;
- менінгеальні симптоми: менінгеальна поза, тонічне напруження м'язів спини, ригідність м'язів потилиці, позитивні симптоми Керніга і Брудзинського (верхній, середній, нижній);
- у дітей раннього віку - вибухання (рідко втягіння) і напруження великого джерельця, позитивний симптом Лесажа, закидання голови.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові – нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом уліво, підвищення ШОЕ;
2. Аналіз ліквору – нейтрофільний плеоцитоз, підвищений рівень білку, зниження цукру і хлоридів;
3. Бактеріоскопічне дослідження осаду ліквору і мазків крові – “товста крапля”;
4. Бактеріологічні посіви на селективні живильні середовища – ліквору, крові, слизу з носогорла для виділення збудника;
5. Серологічні методи (реакція аглютинації латексу (РАЛ), зустрічного імуноелектрофорезу (ЗІЕФ) для визначення антигену збудника.

ЛІКУВАННЯ

1. Суворий ліжковий режим до стійкої нормалізації температури тіла, зникнення менінгеального синдрому та нормалізації показників крові та ліквору, у середньому протягом 10-14 днів;
2. Антибактеріальна терапія.

При менінгіті незначної тяжкості або асоційованому з менінгококовою

інфекцією стартовим антибіотиком може бути пеніцилін 300-500 тис.ОД./кг на добу. Якщо у хворого на менінгіт спостерігаються ознаки ІТШ, стартовим антибіотиком повинен бути хлорамфенікол 100 мг/кг на добу (до виведення хворого з ІТШ).

При тяжких формах менінгіту на першому етапі терапії (до виявлення збудника) препаратом вибору є цефтриаксон 100мг/кг/на добу, чи цефотаксим 200 мг/кг/на добу. У дітей до 1 міс. життя: ампіцилін 150-200 мг/кг на добу у сполученні з цефалоспоринами III покоління або аміноглікозидами (амікацин 15-30 мг/кг на добу, нетилміцин 6-9 мг/кг на добу). Через 24 – 48 годин від початку терапії проводять контрольну люмбальну пункцію, для контролю ефективності розпочатої терапії. Критерієм ефективності служить зниження плеоцитозу не менш ніж на 1/3.

При виявленні етіологічної причини захворювання стартові антибіотики можна замінити на інші, відповідно до чутливості збудника. Однак, при наявності вираженої позитивної динаміки, а саме зниження інтоксикаційного синдрому, нормалізації температури тіла, зникнення менінгеальних симптомів, значного зниження плеоцитозу, покращення загального аналізу крові), доцільно продовжити стартову терапію.

Препаратами резерву при відсутності позитивної динаміки від стартової терапії на протязі 48 - 72 годин є меропенем 120 мг/кг/на добу, цефепім 100 мг/кг/ на добу, ванкоміцин 60 мг/кг/ на добу.

Тривалість антибактеріальної терапії повинна складати в середньому: при менінгококовому та Influenzae-менінгіті – 7-10 днів; при пневмококовому – 10-14 днів; при стрептококовому та лістеріозному – 14-21 день; при менінгіті, що викликаний грамнегативними бацилами, - 21 день; при стафілококовому, ентерококовому – 28 днів.

Критерієм для відміни антибіотикотерапії є санація ліквору. Контрольну люмбальну пункцію проводять після стійкої нормалізації температури, зникнення клінічних ознак менінгеального синдрому, нормалізації загального аналізу крові. Терапія припиняється, якщо кількість клітин у 1 мкл ліквору не перевищує 50 за рахунок лімфоцитів.

При рецидиві гнійного менінгіту призначають повторний курс антибіотиків резерву (меропенем, цефтазідім, ванкоміцин).

3. Дезінтоксикаційна терапія проводиться 5% розчином глюкози в поєднанні із 7,5% розчином хлористого калію, сольовими розчинами (ізотонічний розчин хлориду натрію, розчин Рингера).

Загальний добовий об'єм складає не більш ніж 2/3 фізіологічної потреби (при нормальному діурезі і відсутності початкової дегідратації). Із нього об'єм інфузії не повинен перевищувати 1/2 фізіологічної потреби. З другої доби підтримують дефіцит рідини в режимі нульового водяного балансу. Обсяг інфузії складає 1/3 – 1/2 фізіологічної потреби.

При виникненні олігоурії чи анурії введення рідини протипоказане до відновлення діурезу.

4. З метою дегідратації застосовують фуросемід, маніт.

5. Дексаметазон призначають для запобігання нейросенсорної

приглухуватості у добовій дозі 0,15 мг/кг/маси кожні 4 години у перші 2 дні. Перша доза дексаметазону повинна вводитися за 10-30 хвилин до введення антибіотику.

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування проводиться згідно відповідних протоколів)

- інфекційно-токсичний шок (ІТШ);
- гострий набряк-набухання головного мозку;
- гостра внутрішньочерепна гіпертензія;
- епендиматит;
- менінгоенцефаліт;
- абсцес головного мозку;
- синдром лікворної гіпотензії;
- субдуральний випіт.

4. ПРОТОКОЛ

ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГРИПУ У ДІТЕЙ

Грип – гостре інфекційне захворювання, яке викликається Influenza virus, передається повітряно-краплинним шляхом і характеризується ураженням респіраторного тракту, переважно трахеї, та порушенням загального стану.

Шифр МКХ –10 –

J 10 – J 18 Грип

J 10 Грип, спричинений ідентифікованим вірусом грипу

J 10.0 Грип з пневмонією, вірус грипу ідентифікований

J 10.1 Грип з іншими респіраторними проявами, вірус грипу ідентифікований

J 10.8 Грип з іншими проявами, вірус грипу ідентифікований

J 11 Грип, вірус не ідентифікований

J 11.0 Грип з пневмонією, вірус не ідентифікований

J 11.1 Грип з іншими респіраторними проявами, вірус не ідентифікований

J 11.8 Грип з іншими проявами, вірус не ідентифікований

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- гострий початок;
- лихоманка 38,5 – 40 С;
- виражені симптоми порушення загального стану, які розвиваються в першу добу захворювання (сильний головний біль, біль у м'язах, суглобах, очних яблуках, гіперестезія, млявість, адинамія, блювота);
- можливий геморагічний синдром: носові та інші кровотечі, петехіальний висип на обличчі, шиї та верхній частині тулуба;
- помірні ознаки ринофарингіту (закладеність носа, невеликі серозні виділення з носа, першіння, дряпання та біль у горлі, гіперемія задньої стінки глотки, м'якого піднебіння з ін'єкцією судин та петехіальними крововиливами на його слизовій оболонці);
- ін'єкція судин склери;
- ознаки трахеїту (сухий, болісний кашель з печінням та болем за грудиною).

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Виявлення антигену вірусу у змиві з носоглотки за допомогою реакції імунофлюоресценції;
2. Виявлення антитіл до вірусу за допомогою реакції зв'язування комплексу та реакції гальмування гемаглютинації. Використовують метод парних сироваток, коли враховується наростання титру антитіл в 4 рази протягом 10-14 днів.

Лабораторне підтвердження грипу є бажаним, але не обов'язковим у період епідемії.

ЛІКУВАННЯ

1. Базисна терапія.

Всі хворі на грип, незалежно від тяжкості хвороби, отримують:

- ліжковий режим до нормалізації температури;
- молочно-рослинну, збагачену вітамінами дієту;
- **вживання великої кількості рідини, включаючи чай з лимоном, малиною, лужні мінеральні води, соки, морси тощо;**
- при закладенні носу у дітей до 6 місяців зволожують слизову оболонку носа фізіологічним розчином натрію хлориду. Дітям старше 6 місяців можна призначати судинозвужуючі дитячі краплі для носа або пероральні форми судинозвужуючих препаратів, але застосовувати їх не довше 3 днів;
- при сухому, болісному кашлі призначають протикашльові препарати (декстраметорфан та ін.);
- при вологому кашлі з важким виділенням харкотиння – муколітичні препарати (мукалтин, амброксол, ацетилцистеїн тощо);
- при довготривалому кашлі – грудні збори (корінь алтея, лист мати-й-мачухи, соснові бруньки та ін.);
- температуру тіла необхідно знижувати, коли вона перевищує 38,5-39 град. Але дітям віком до 2 місяців, а також з перинатальною енцефалопатією, судомами в анамнезі та важким захворюванням серця треба постійно проводити контроль гарячки, не допускати перевищення температури тіла вище 38 град. Призначають антипіретики у вікових дозах (парацетамол, ібупрофен тощо). Категорично протипоказано застосування ацетилсаліцилової кислоти з метою зниження температури тіла дітям до 12 років.

2. Етіотропна терапія:

- римантадин – ефективний при грипі А, призначається дітям старше 7 років в перші 2 дні захворювання протягом 3-5 днів;
- пролонговані форми римантадину (римантадин-полісахаридні комплекси) дітям старше 1 року.
- осельтамавір – ефективний при грипі А та В, призначається дітям старше 12 років в перші 2 дні захворювання, протягом 5 днів;
- індуктори ендогенного інтерферону;
 - в тяжких випадках – нормальний людський імуноглобулін з високим вмістом протигрипозних антитіл: дітям до 2 років -1,5 мл, 2-7 років – 3 мл, старше 7 років – 4,5-6 мл.

3. Синдромальна терапія проводиться згідно відповідних протоколів лікування:

гіпертермічний, судомний, геморагічний, астматичний, синдром крупу та ін.

Показання до призначення антибіотиків при грипі:

- приєднання ускладнень (середній отит, синусит, гострий тонзиліт, бронхіт, пневмонія, які викликані хламідіями, мікоплазмою та бактеріальними збудниками).

Звичайно використовують пеніцилін, амінопеніциліни, особливо ті, що захищені від дії бета-лактамаз мікробів клавулоновою кислотою чи сульбактамом, цефалоспорини, макроліди.

Профілактика грипу:

На сьогодні для специфічної профілактики грипу використовують римантадин, арбідол, рекомбінантні інтерферони, спліт та субодиничні вакцини.

Показання до обов'язкової вакцинації дітей проти грипу:

- діти з хронічними захворюваннями бронхо-легеневого тракту;
- діти з хворобами серця із зміненою гемодинамікою;
- діти з гемолітичними анеміями;
- діти з цукровим діабетом;
- діти, які отримують імуносупресивну терапію;
- діти з метаболічними захворюваннями;
- діти з хронічними захворюваннями нирок;
- діти, які отримують аспіринову терапію у зв'язку з ревматоїдним артритом, тощо;
- діти з ВІЛ-інфекцією;
- діти, які знаходяться у закритих дитячих установах.

Вакцина проти грипу повинна вводитися за 1-1,5 місяці до сезонного підйому захворюваності на грип (вересень-листопад).

Всім іншим особам вакцинація проти грипу може проводитися чи за виробничою необхідністю чи за бажанням.

5. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) – це група вірусних інфекцій, яка характеризується і переважним ураженням слизових оболонок дихальних шляхів та кон'юнктиви.

Шифр МКХ – 10 –

J00–J06 Гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів

J 10–J 18 Грип та пневмонія

J 20-J22 Інші гострі респіраторні інфекції нижніх дихальних шляхів

У випадках, коли респіраторна патологія відноситься більш, ніж до однієї локалізації процесу, тоді вона має класифікуватися за ознакою анатомічної локалізації.

При необхідності ідентифікувати інфекційний агент використовується додатковий код (B95–B97)

B97.0 Аденовіруси як причина хвороб

B97.1 Ентеровіруси як причина хвороб

B97.2 Коронавіруси як причина хвороб

B97.4 Респіраторно – синцитіальний вірус як причина хвороб

B97.5 Реовіруси як причина хвороб

B97.6 Парвовіруси як причина хвороб

B.97.8 Інші вірусні агенти як причина хвороб

B34.0 Аденовірусні інфекції, неуточнені

B34.1 Ентеровірусні інфекції неуточнені

B34.2 Коронавірусні інфекції неуточнені

B34.3 Парвовірусні інфекції, неуточнені

B34.8 Інші вірусні інфекції неуточненої локалізації

B34.9 Вірусна інфекція, неуточнена.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- катаральний синдром (закладеність носа, виділення з носа, часто рясні, біль у горлі, гіперемія зіву, гіперемія та зернистість задньої стінки глотки, можлива сиплість голосу, сухий чи з виділенням харкотиння кашель, гіперемія кон'юнктив).
- помірно виражене порушення загального самопочуття (головний біль, зниження апетиту, млявість, адинамія).

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Виявлення антигену вірусу із змиву з носоглотки за допомогою реакції імунофлуоресценції;
2. Виявлення антитіл до вірусу за допомогою реакції зв'язування комплексу та реакції гальмування гемаглютинації. Використовують метод парних сивороток, коли враховується наростання титру антитіл в 4 рази протягом 10-14 днів.

Етіологічний діагноз виставляється лише після лабораторної розшифровки. При її відсутності ставиться діагноз „ГРВІ” з вказанням провідного клінічного синдрому.

ЛІКУВАННЯ:

1. Базисна терапія.

Всім хворим на ГРВІ, незалежно від тяжкості хвороби, призначають:

- ліжковий режим до нормалізації температури;
- молочно-рослинну, збагачену вітамінами дієту;
- вживання великої кількості рідини, включаючи чай з лимоном, малиною, лужні мінеральні води, соки, морси тощо;
- при закладенні носу у дітей до 6 місяців зволожують слизову оболонку носа фізіологічним розчином натрію хлориду. Дітям старше 6 місяців можна призначати судинозвужувальні дитячі краплі для носа, але застосовувати їх не довше 3 днів;
- при сухому, болісному кашлі призначають протикашльові засоби (декстраметорфан та ін.);
- при вологому кашлі з важким виділенням харкотиння – муколітичні препарати (амброксол, ацетилцистеїн, гвайфенозин тощо);
- при довготривалому кашлі – грудні збори (корінь алтея, лист мати-й-мачухи, соснові бруньки та ін.);
- температуру тіла необхідно знижувати, коли вона перевищує 38,5-39 град.С. Але дітям віком до 2 місяців, а також з перинатальною енцефалопатією, судомами в анамнезі та важким захворюванням серця треба постійно проводити контроль гарячки, не допускати підвищення температури тіла вище 38 град.С. Призначають антипіретики у вікових дозах (парацетамол, ібупрофен тощо). Дітям до 12 років протипоказане застосування ацетилсаліцилової кислоти з метою зниження температури.

2. Противірусна терапія.

- можливе застосування арбідолу, тілорону, інозину, пранобексу.

3. Синдромальна терапія проводиться згідно відповідних протоколів: бронхіоліт;

гостра дихальна недостатність;
 серцева недостатність;
 синдром крупу.

Показання до призначення антибіотиків при ГРВІ:

- приєднання ускладнень (середній отит, синусит, гострий тонзиліт, бронхіт, пневмонія, які викликані хламідіями, мікоплазмою та бактеріальними збудниками).

Звичайно використовують пеніцилін, амінопеніциліни, особливо ті, що захищені від дії бета-лактамаз мікробів клавулоновою кислотою чи сульбактамом, цефалоспорини, макроліди.

Профілактика ГРВІ:

Для профілактики гострих респіраторних вірусних захворювань можна використовувати **арбідол**, рекомбінантні α - інтерферони для назального введення, **рослинні адаптогени (ехіноцея, елеутерокок та інші)** в комбінації з полівітамінами, під час контакту з хворим показане використання марлевих респіраторів, часте миття рук, полоскання рота та горла.

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів)

- пневмонія, ангіна, синусити, отит,
- синдром крупу,
- гостра дихальна недостатність,
- судомний синдром,
- гіпертермічний синдром.

6. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГЕРПЕТИЧНОГО ЕНЦЕФАЛІТУ У ДІТЕЙ

Герпетичний енцефаліт викликається вірусами простого герпесу (HSV).

Шифр МКХ-10 –

B00.4 Герпетичний енцефаліт

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- початок гострий;
- загальноінфекційний синдром: лихоманка, в'ялість;
- загально мозкові симптоми: клоніко-тонічні судоми і розлад свідомості різного ступеня – від сопору до коми;
- психоневрологічні симптоми: неадекватна поведінка, дезорієнтація, негативізм, амнезія, апраксія, агнезія;
- прояви внутрішньочерепної гіпертензії - нудота, блювання головний біль;
- вогнищеві симптоми враження різних відділів ЦНС;
- може бути поступовий розвиток хвороби.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Дослідження ліквору (виключення менінгіту).
2. Визначення антитіл класів Ig M і G до вірусу простого герпесу (HSV) в сироватці крові і лікворі методом ІФА.
3. Дослідження вірусної ДНК в лікворі і крові методом ПЛР (полімеразної ланцюгової реакції).
4. Вірусологічне дослідження (ізоляція ВПГ у культурах клітин, курячих ембріонах, або на лабораторних тваринах (миші, кролі).
5. МРТ головного мозку (дифузні ураження, переважно у скроневих і лобних долях).
6. Електроенцефалограма (високоамплітудна повільнохвильова активність, переважно у скронево-лобних відведеннях).

ЛІКУВАННЯ

1. Обов'язкова госпіталізація у відділення нейроінфекцій чи реанімаційне.
2. Антивірусна терапія.

При встановленні діагнозу енцефаліту до уточнення етіології невідкладно призначається антигерпетична терапія – препарати ацикловіру.

Ацикловір Призначається з розрахунку 30-60 мг/кг на добу в 3 прийоми протягом 14-21 дня, вводиться внутрішньовенно крапельно.

3. Патогенетична терапія:

- лікування набряку головного мозку (дивись відповідний протокол лікування);
- при загрозі приєднання бактеріальної мікрофлори необхідно використовувати антибіотики в вікових дозах за загальноприйнятими

схемами із груп цефалоспоринів III покоління та аміноглікозидів III покоління;

- протисудомна терапія (дивись протокол лікування судомного синдрому).

4. На етапі реабілітації:

- ноотропні препарати ,

- судинні препарати: пентоксифілін, ніцерголін, тощо.

7. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНВАЗИВНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ДІАРЕЙ У ДІТЕЙ

Інвазивні інфекційні діареї – це група інфекційних захворювань переважно бактеріальної чи паразитарної етіології, які характеризуються фекально-оральним шляхом передачі та переважним ураженням шлунково-кишкового тракту.

Шифр МКХ –10 –

A00-A09 Кишкові інфекційні хвороби

A01 Тиф та паратиф

A02 Інші сальмонельозні інфекції

A03 Шигельоз

A04 Інші бактеріальні кишкові інфекції

Найчастіші збудники інвазивних інфекційних діарей у дітей:

Бактерії:

- Shigella;
- Salmonella;
- Echerichia coli (ентероінвазивні та ентерогеморагічні штами)
- Yersinia enterocolitica;
- Campylobacter;
- Clostridium;

Протисті:

- Balantidium;
- Entamoeba histolytica.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- гострий початок;
- підвищення температури тіла до 38-40 С;
- симптоми інфекційного токсикозу, можливий розвиток токсичної енцефалопатії (порушення свідомості, судоми);
- блювота;
- переймоподібні болі в животі;
- тенезми чи еквіваленти тенезмів;
- спазмована сигмоподібна, ободова кишка;
- рідкий малокаловий стілець, часто зеленого кольору;
- в випорожненнях домішки слизу, крові, рідко гною.

Критерії тяжкості:

- вираженість симптомів інтоксикації;
- характер, частота випорожнень, наявність гемоколіту;

- інтенсивність болю в животі;
- наявність та характер ускладнень.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Копрограма (слиз, лейкоцити, еритроцити, клітини циліндричного епітелію);
2. Посів калу (при сальмонельозі – додатково сечі, крові);
3. Реакція аглютинації, реакція пасивної гемаглютинації (наростання титру антитіл у динаміці). Доцільно проводити у дітей старше 1 року при відсутності позитивних результатів бактеріологічних досліджень.

ЛІКУВАННЯ

1. Антибактеріальна терапія.

Показання до антибактеріальної терапії:

1. Всі тяжкі форми захворювання незалежно від етіології та віку дитини;
2. Гемоколіт незалежно від віку дитини та тяжкості захворювання;
3. При середньо-тяжких формах захворювання:
 - діти до 1 року;

Діти старше 1 року життя з:

- імунодефіцитними станами;
- ВІЛ-інфіковані діти;
- діти, які знаходяться на імуносупресивній терапії;
- діти з гемолітичними анеміями ;
- шигельози, амебіаз;
- при наявності вторинних бактеріальних ускладнень;
- при наявності позакишкових вогнищ інфекції.

При легких формах захворювання:

Діти 1 року життя з:

- імунодефіцитними станами;
- ВІЛ-інфіковані;
- діти з гемолітичними анеміями;
- шигельози, амебіаз;
- при наявності вторинних бактеріальних ускладнень.

Антибактеріальна терапія не показана при інвазивних кишкових інфекціях:

1. Хворим з легкими формами інфекцій, крім тих, що перелічені попередньо;
2. Хворим із стертими формами;
3. При бактерійному носійстві будь-якої етіології (транзиторне, постінфекційне);
4. Хворим із дисфункцією шлунково-кишкового тракту, які пов'язані з наслідками ГКІ (дисбіоз кишечника, лактазна недостатність, синдром целиакії, вторинні ферментопатії тощо).

Антибактеріальні препарати 1 ряду призначаються: при легких і середньо-тяжких формах захворювання емпіричним шляхом при першій зустрічі з хворим.

До них відносяться:

5. препарати нітрофуранового ряду;

6. триметоприм/сульфаметаксазол;

Антибактеріальні препарати 2 ряду призначаються: при неефективності препаратів 1 ряду, при середньотяжких і тяжких формах, при пізній госпіталізації в якості стартових препаратів, переважно в стаціонарі.

До них відносяться:

7. препарати налідіксової кислоти;

8. аміноглікозиди 2 покоління (амікацин, нетилмецин), крім сальмонельоза;

Антибактеріальні препарати 3 ряду призначаються: при тяжких формах, при середньо-тяжких формах у дітей з імунодефіцитними станами, дітям з будинків немовлят, які народилися від батьків наркоманів та алкоголіків, при неефективності препаратів 2 ряду, при виникненні вторинних бактеріальних ускладнень, наявності позакишкових вогнищ інфекції, при підозрі на госпітальні форми інфекції; тільки в стаціонарі.

До них відносяться:

9. аміно пеніциліни, захищені від бета-лактамазної активності збудників (при наявності чутливої флори до них);

10. цефалоспорини 3 покоління (цефотаксим, цефтриаксон);

11. карбопенеми (імпенем, меропенем);

12. фторхінолони (тільки по життєвим показанням).

При тяжких септичних формах - можливе поєднане застосування 2-3 антибіотиків:

13. цефалоспорини III покоління + аміноглікозиди;

14. аміно пеніциліни, захищені від дії бета-лактамаз + аміноглікозиди.

Курс антибактеріальної терапії – 5-7 днів.

При лямбліозі, амебіазі, балантідіазі – метранідазол.

Показанням до заміни препарату є - його неефективність протягом 3 днів.

При септичних формах (сальмонельоз, ієрсиніоз, кампілобактеріоз) – лікуються згідно протоколу лікування сепсису.

2. Регідратаційна терапія - при інвазивних ГКІ дегідратація організму дитини зустрічається відносно рідко. При її наявності перевагу віддають оральним методам регідrataції з використанням глюкозо- сольових розчинів.

3. Дезінтоксикаційна терапія - проводиться при наявності симптомів інфекційного токсикозу. При легких та середньотяжких формах для цієї мети використовують розчини для оральної регідrataції. При тяжких формах - застосовують внутришньовенне введення ізотонічних розчинів глюкози, ізотонічного розчину натрію хлориду, колоїдні розчини (декстрини).

4. Допоміжна терапія:

а) Ентеросорбція: перевага надається сілакaтним сорбентам, які призначаються з перших днів захворювання. Курс ентеросорбції при ГКІ – 5-7 днів.

Критерієм ранньої відміни препарату є нормалізація випорожнень чи затримка випорожнень протягом 2 діб.

б) Пробиотикотерапія: в якості етіотропних засобів при відсутності антибактеріальних препаратів у призначеннях.

Курс пробиотикотерапії в гострому періоді ГКІ триває 5 - 10 днів. Пробиотикотерапія також показана в періоді реконвалісценції ГКІ фізіологічними пробіотиками (в своєму складі містять нормальну мікрофлору) з метою відновлення мікрофлори кишечника протягом 3 - 4 тижнів.

в) Ферментотерапія: призначається в стадії реконвалісценції при наявності ознак дисферментемії у дітей, які перехворіли на ГКІ. Використовують препарати з ферментів підшлункової залози (панкреатин тощо).

Курс ферментотерапії 2 - 3 тижні.

5. Дієтотерапія.

В гострому періоді ГКІ рекомендується зменшення добового об'єму їжі на $1/3 - 1/4$. Можливе збільшення кратності годувань до 8-10 на добу у дітей грудного віку та при позивах на блювоту. На сьогодні найбільш фізіологічним вважається раннє, поступове відновлення харчування. Відновлення якісного та кількісного складу їжі здійснюється в максимально можливих короткі строки.

У дітей старшого віку рекомендується дотримуватися щадної дієти, з раціону виключається цільне молоко, їжа багата на вуглеводи, жирна, смажена, копчена, груба їжа.

У дітей 1 року життя вигодовування грудним молоком повинно зберігатися. Дітям на штучному вигодовуванні в гострому періоді ГКІ залишають звичайні адаптовані молочні суміші. При можливості проведення годування низьколактозними сумішами. Можна призначати печені яблука, кисломолочні продукти, картопляне, моркв'яне пюре на воді. Введення в раціон харчування продуктів багатих на пектинові речовини (печені яблука, банани, яблучне пюре).

УСКЛАДНЕННЯ (лікування проводиться згідно відповідних протоколів):

- Випадіння слизової оболонки прямої кишки;
- Кишкові кровотечі;
- Перфорація кишкових виразок;
- Перитоніт;
- Інвагінація кишечника;
- Тріщини заднього проходу;
- Ерозії заднього проходу;
- Парез кишечника;
- Синдром токсико-ексикозу;
- Синдром нейротоксикозу;
- Гострий набряк-набухання головного мозку;
- Судомний синдром;
- Приєднання вторинної бактеріальної інфекції та розвиток отиту, пневмонії, інфекції сечовивідних шляхів, стоматиту тощо;
- Інфекційно-токсичний шок;
- Гостра ниркова недостатність;

- ДВЗ – синдром.
- Дисбіоз кишечника.

8. ПРОТОКОЛ

ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СЕКРЕТОРНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ДІАРЕЙ У ДІТЕЙ

Секреторні інфекційні діареї – це група інфекційних захворювань переважно вірусної, рідше бактеріальної етіології, які характеризуються фекально-оральним шляхом передачі і переважним ураженням тонкого кишечника.

Шифр МКХ –10 –

A00 Холера

A04.0 Ентеропатогенна інфекція, спричинена *Escherichia coli*

A04.1 Ентеротоксигенна інфекція, спричинена *Escherichia coli*

A08 Вірусні та інші уточнені кишкові інфекції

A08.0 Ротавірусний ентерит

A08.2 Аденовірусний ентерит

A08.3 Інший вірусний ентерит

A08.4 Вірусна кишкова інфекція, неуточнена

A08.5 Інші уточнені кишкові інфекції

Найчастіші збудники секреторних інфекційних діарей у дітей:

Віруси:

- Rotavirus;
- Adenovirus;
- Astrovirus;
- Coronavirus;
- Calicivirus;
- Reovirus;

Бактерії:

- *Vibrio cholerae*;
- *Salmonella*;
- *Escherichia coli* (ентеропатогенні, ентеротоксигенні, ентероадгезивні).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- гострий початок;
- підвищення температури тіла до 38-38,5 С чи вище;
- можлива блювота;
- постійні, ниючі болі в животі;
- рідкий, рясний стул з домішками води і рештків непережареної їжі;
- можливий катар верхніх дихальних шляхів при ГКІ вірусної етіології;
- у великому відсотку випадків розвивається токсикоз з ексикозом.

Критерії тяжкості:

- ступінь дегідратації
- вираженість симптомів інтоксикації;
- характер, частота випорожнень;
- наявність та характер ускладнень.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Копрограма – лімфоцити, ознаки порушення ферментативної функції кишечника;
2. Посів калу – виділення збудника та уточнення його виду; При необхідності проводять посів крові, блювотних мас, промивних вод шлунку, залишків їжі.
3. Вірусологічне дослідження калу – виділення вірусу;
4. Визначення антитіл до збудників методом ІФА (по можливості);
5. Визначення антитіл пасивної гемаглютинації – наростання титру антитіл (по можливості).

ЛІКУВАННЯ

1. Регідраційна терапія.

Перевагу віддають оральній регідрації. Вона є основним методом регідрації при ексикозах I-II ступенів, а при токсико-ексикозах III ступеню вона застосовується в поєднанні з парентеральною регідрацією. Для цього використовують глюкозо-сольові розчини.

Оральну регідрацію проводять в 2 етапи:

1-й етап: перші 4-6 годин зметою усунення водно-сольового дефіциту. При ексикозі I ступеня необхідний об'єм рідини складає 30-50 мл/кг маси тіла, при ексикозі II ступеня – 100 мл/кг маси тіла дитини.

Критерії ефективності 1 етапу оральної регідрації:

- зменшення втрат рідини з стулом та блювотою;
- зникнення спраги;
- підвищення тургору тканин;
- зволоження слизових оболонок;
- збільшення діурезу;
- зникнення ознак порушення мікроциркуляції.

При ефективності 1 етапу регідрації через 4-6 годин починають 2 етап, який є підтриманням поточних втрат рідини.

Приблизний об'єм розчину на цьому етапі 50-100 мл/кг маси тіла чи 10 мл/кг після кожного випорожнення.

Парентеральну регідрацію проводять при ексикозах III ступеня, при сполученні ексикозу з гіповолемічним шоком, при оліго- чи анурії.

У дітей парентеральну регідрацію в основному проводять ізотонічними розчинами глюкози, розчином Рингера лактат чи ізотонічним розчином натрію хлориду. Розчин Рингера лактат непридатний для тривалого використання, оскільки є загроза виникнення гіпернатріємії.

Співвідношення розчинів глюкози та сольових розчинів залежить від типу обезводнення (ізотонічний, гіпотонічний, гіпертонічний). Ізотонічний тип обезводнення – 2:1, гіпертонічний – 2:1, гіпотонічний – 1:1.

Колоїдні розчини (5% розчин альбумину, реополіглюкін) використовують тільки при наявності виражених ознак порушення мікроциркуляції чи гіповолемічному шоці.

При проведенні парентеральної регідратації необхідно враховувати:

1. Добову потребу в рідині та електролітах.
2. Тип і ступень дегідратації.
3. Рівень дефіциту рідини та електролітів.
4. Рівень поточних втрат рідини та електролітів.

2. Антибактеріальна терапія.

Показання до антибактеріальної терапії:

А) При всіх формах дітям до 1 року:

- дітям з імунодефіцитними станами;
- ВІЛ-інфікованим дітям у стадії СНІДу;
- дітям, які знаходяться на імуносупресивній терапії;
- дітям з гемолітичними анеміями.

Б) Холера незалежно від віку;

У разі потреби призначаються антибактеріальні препарати:

- триметоприм/сульфаметаксазол;
- препарати налідіксової кислоти;
- цефалоспорини 3 покоління.

Курс антибактеріальної терапії при ГКІ – 5-7 днів. Показанням до заміни препарату є його неефективність протягом 3 днів.

При холері препаратами вибору є еритроміцин, налідіксова кислота, нітрофуранові препарати, триметоприм/сульфаметаксазол, дітям старше 8 років - тетрацикліни.

При холері антибактеріальні препарати призначають після першого етапу регідратації, через 3-6 годин після госпіталізації.

3. Допоміжна терапія:

А) Ентеросорбція– перевага віддається алюмосілакатним сорбентам, які призначаються з перших днів захворювання.

Курс ентеросорбції при ГКІ – 5-7 днів.

Критерієм ранньої відміни препарату є нормалізація стула чи його затримка протягом 2 діб.

Б) Пробіотикотерапія: при відсутності антибактеріальних препаратів у призначеннях.

Курс пробіотикотерапії в гострому періоді ГКІ триває 5-10 днів.

Пробіотикотерапія також показана в періоді реконвалісценції ГКІ фізіологічними пробіотиками (у своєму складі містять нормальну мікрофлору) з метою відновлення нормальної мікрофлори кишечника протягом 3-4 тижнів.

В) Ферментотерапія: призначається в стадії реконвалісценції при наявності ознак дисферментатемії у дітей, які перехворіли на ГКІ. З цією метою показані препарати ферментів підшлункової залози (панкреатин тощо).

Курс ферментотерапії 2-3 тижні.

4. Дієтотерапія:

В гострому періоді ГКІ рекомендується зменшувати добовий об'єм їжі на $1/2$ - $1/3$. Можливе збільшення кратності годувань до 8-10 на добу у дітей грудного віку та при позивах на блювоту. На сьогодні найбільш фізіологічним вважається раннє, поступове відновлення харчування. Відновлення якісного та кількісного складу їжі здійснюється в максимально можливих короткі строки.

У дітей старшого віку рекомендується дотримуватися щадної дієти, з раціону виключається жирна, смажена, копчена, груба їжа.

У дітей 1 року життя вигодовування грудним молоком повинно зберігатися.

Дітям на штучному вигодовуванні в гострому періоді ГКІ звичайні адаптовані молочні суміші рекомендується замінити на низьколактозні. Тривалість низьколактозної дієти індивідуальна. В раціон рекомендується вводити каші на воді, більш раннє призначення м'ясного пюре.

УСКЛАДНЕННЯ (лікування по відповідним протоколам):

- Синдром токсико-ексикозу;
 - Синдром нейротоксикозу ;
 - Судомний синдром ;
 - Гострий набряк-набухання головного мозку;
 - Гіпертермічний синдром ;
 - Інфекційно-токсичний шок;
 - Гостра ниркова недостатність;
 - Гостра серцево-судинна недостатність;
 - Парез кишечника ;
 - Приєднання вторинної бактеріальної інфекції тощо.

**9. ПРОТОКОЛ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІЄРСИНІОЗА КИШКОВОГО
У ДІТЕЙ
ШИФР МКХ –10-**

A.04.6 Ентерит, спричинений *Yersinia enterocolitica*

A28.2 Позакишковий ієрсиніоз

Ієрсиніоз кишковий – гостре інфекційне захворювання, яке викликається *Yersinia enterocolitica* та характеризується симптомами інтоксикації, ураженням шлунково-кишкового тракту, печінки, суглобів, інших органів та систем.

Клінічні форми ієрсиніозу:

1. Шлунково-кишкова форма;
2. Псевдоапендикулярна форма, або синдром правої здухвинної ділянки;
3. Септична (генералізована) форма;
4. Гепатитна форма;
5. Вузлувата еритема (нодозна);
6. Суглобова форма.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- початок гострий;
- інтоксикаційний синдром;
- тривала лихоманка – 1-2 тижні;
- висип - плямисто-папульозний, дрібнокрапчастий, розташований в складках шкіри, на грудях, навколо суглобів;
- може бути висип - геморагічний, у вигляді вузлуватої еритеми, висипка зберігається протягом 6-14 днів.
- симптом “капюшона”, “шкарпеток”, “носків”;
- збільшення печінки;
- може бути жовтяничний синдром;
- біль в животі розлитого характеру, частіше в нижній частині живота;
- бурчання та болючість в ілеоцекальній ділянці;
- діарея у вигляді ентериту, гастроентериту;
- “малиновий” язик;
- артралгії та артрити;
- збільшення селезінки.

ПАРАКЛІНІЧНІ:

1. Загальний аналіз крові - лейкоцитоз, нейтрофіліоз, паличкоядерний зсув, прискорена ШОЕ, еозинофілія;
2. Загальний аналіз сечі – білок в незначній кількості, лейкоцити, циліндри – поодинокі;
3. Копрограма – слиз, поодинокі еритроцити, лейкоцити;

4. Бактеріологічний метод – виявлення збудника у випорожненнях, сечі, крові, гною, слизу з ротоглотки, лімфатичних вузлах (при необхідності);

5. Серологічний метод – реакція аглютинації (РА) та непрямой гемаглютинації (РНГА) з живою або вбитою культурою ієрсиній у динаміці. Діагностичні титри в РА – 1:40 – 1:160, а РНГА – 1:200. Найбільші титри аглютининів у дітей з`являються на 2-4 тижні хвороби.

ЛІКУВАННЯ

1. Дієтотерапія. Дієта: при вираженому ураженні гепатобіліарної системи – стіл № 5 по Певзнеру; при перевазі кишкових розладів – стіл № 4 по Певзнеру, при всіх інших формах – стіл № 15 по Певзнеру;
2. Етіотропна терапія. При легкій формі – антибактеріальна терапія не проводиться.

При середньо-тяжкій та тяжкій формі: антибактеріальна терапія левоміцетином, цефалоспорини III – IV покоління, аміноглікозиди. Курс лікування 7-10 днів.

3. Дезінтоксикаційна терапія – при легкій формі – значна кількість лужного **пиття**, при середньотяжкій та тяжкій формі – глюкозо-сольові розчини.
4. Десенсибілізуюча терапія (антигістамінні препарати).

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів лікування)

- Токсико-ексикоз;
- Кардит;
- Гостра ниркова недостатність;
- Гостра печінкова недостатність.

10. ПРОТОКОЛ

ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЛЕПТОСПІРОЗУ У ДІТЕЙ

Шифр МКХ-10

A 27 Лептоспіроз.

A 27.0 Лептоспіроз жовтянично-геморагічний

A 27.8 Інші форми лептоспірозу

A 27.9 Лептоспіроз, не уточнений

Лептоспіроз – гостре інфекційне захворювання, яке викликається *Leptospira interrogans*, належить до групи зоонозів і характеризується гострим початком, симптомами інтоксикації, гарячкою, проявами геморагічного синдрому, ураженням печінки, нирок і нервової системи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- інкубаційний період від 6 до 14 днів;
- початок хвороби гострий;
- інтоксикаційний синдром;
- підвищення температури до 39-40⁰С;
- хвилеподібна лихоманка;
- скарги на біль у м'язах, спині, животі, грудях;
- посилення болі під час пальпації та ходьби;
- гіперемія обличчя;
- склерит;
- висип - на 3-6 день поліморфний симетричний (скарлатиноподібний, коровий, геморагічний);
- жовтяниця;
- геморагічний синдром (носові кровотечі, геморагічна висипка, крововиливи на шкірі та слизових оболонках);
- збільшення печінки;
- збільшення селезінки;
- ураження нирок (позитивний симптом Пастернацький, зменшення діурезу
- ураження ЦНС (серозний менінгіт);
- перебіг тривалий, нерідко хвилеподібний;
- хворіють переважно дорослі, юнаки, підлітки. Рідко діти - 4-14 років, які мешкають на ендемічних, ензоотичних територіях та/або в епідемічних осередках. Можливі спорадичні випадки в усіх регіонах України.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Виділення культури лептоспир на живильних середовищах з крові, ліквору та з 2-го тижня хвороби - з сечі;
2. Візуальна мікроскопія в темному полі мікроскопу (виявляються лептоспіри в крові або сечі у вигляді тонких штопороподібних ниток);
3. Постановка реакції мікроаглютинації (РМА) з культурами лептоспир, та/або реакції непрямой гемаглютинації (РИГА), або непрямой імуноферментної реакції (ШФР) із специфічними еритроцитарними діагностичними парними сироватками - наростання титру антитіл). При одноразовому дослідженні РМА - діагностичний титр 1:100, 1:200;
4. Загально-клінічні дослідження крові - нейтрофіліоз із зсувом уліво, анеозинофілія, висока ШОЕ, анемія;.
5. Загально-клінічні дослідження сечі - підвищений білок, еритроцити, циліндри;
6. Дослідження ліквору - переважно лімфоцитарний плеоцитоз;
7. Проведення імуноферментного аналізу, інструментальних обстежень (рентгенографія, ЕКГ, УЗД); досліджень, уточнюючих функціональний стан внутрішніх органів і систем, а також допоміжних обстежень з метою обґрунтування патогенетичної терапії (корекція водно-електролітного балансу, дисбіозу, порушень метаболізму), уточнення диференціальної діагностики.

ЛІКУВАННЯ

На догоспітальному етапі проводиться симптоматична або посиндромна терапія.

Госпітальний етап лікування:

1. Дієта №5, №7 або індивідуальний стіл.
2. Режим ліжковий.
3. Протилептоспирозний імуноглобулін. Призначають донорський титрований імуноглобулін внутрішньом'язово 3-5 мл, у тяжких випадках його ін'єкції повторюють 1-2 рази.
4. Антибіотикотерапія 7-10 днів. Препаратом вибору є пеніцилін, який призначається в дозах 100-300 тис.ОД/кг на добу в залежності від тяжкості захворювання, або напівсинтетичні пеніциліни і левоміцетина сукцинат натрію. При лікуванні хворого на тяжку форму або при відсутності позитивного ефекту при базисній терапії необхідно призначати цефалоспорины IV генерації. Тривалість антибіотикотерапії від 7 до 10-16 днів.
5. Детоксикаційна терапія проводиться глюкозо-сольовими розчинами, за показаннями проводиться інфузія розчину альбуміну та свіжомороженої плазми.
6. При тяжких формах призначають глюкокортикоїди до 5 мг/кг/добу курсом 5-7 днів.

Ускладнення:

(лікування згідно відповідних протоколів)

гостра ниркова недостатність; інфекційно - токсичний шок (ІТШ); синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ-синдром); поліорганна недостатність; іридоцикліт; міокардит; плеврит; пневмонія.

11. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МЕНІНГОКОККОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Шифр МКХ-10 -

А 39 Менінгококова інфекція

- А 39.0 Менінгококовий менінгіт
- А 39.2 Гостра менінгококцемія
- А 39.3 Хронічна менінгококцемія
- А 39.4 Менінгококцемія не уточненої етіології
- А 39.5 Менінгококова хвороба серця
- А 39.8 Інші менінгококові інфекції
- А 39.9 Менінгококова інфекція не уточненої етіології

Менінгококова інфекція – антропоозна гостра хвороба з групи інфекцій дихальних шляхів, яка викликається менінгококом і характеризується клінічним поліморфізмом від назофарингіту і простого носійства до генералізованих форм – гнійного менінгіту, менінгоенцефаліту і менінгококцемії.

Назофарингіт

КЛІНІЧНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

- початок захворювання гострий, температура від нормальної до фебрильних цифр, триває до 3-х днів;
- помірні симптоми загальної інтоксикації;
- гіперемія слизових оболонок, зернистість задньої стінки горла, на задній стінці горла слиз.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові (помірний нейтрофільний лейкоцитоз).
2. Бактеріологічне дослідження слизу з носогорла.

ЛІКУВАННЯ

1. Антибактеріальна терапія: рифампіцин 10 мг/кг/добу 3-5 днів, або макроліди (еритроміцин, спіраміцин, азітроміцин), або левоміцетин.
2. Місцеві засоби: УФО, полоскання горла дезінфікуючими засобами.

Гнійний менінгіт

КЛІНІЧНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

- захворювання частіше починається гостро, раптово, з різкого підвищення температури, сильного головного болю, характерна повторна блювота, виражена гіперестезія;
- відмічаються симптоми Керніга, Брудзинського, Гієна, Гордона;
- у дітей раннього віку - симптом підвищення (Лесажа), стійке вибухання та напруженість тім'ячка, закидання голови назад;
- у дітей раннього віку часто спостерігаються загально мозкові симптоми: порушення свідомості, збудження, яке потім змінюється в'ялістю, адинамією, сопором;

- судоми частіше - клоніко-тонічного характеру. Вогнищеві ураження ЦНС спостерігаються рідко, частіше уражаються VIII, III, VI та VII пари черепних нервів.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Виділення культури менінгокока з: носогорла, крові, спинномозкової рідини.
2. Візуальна мікроскопія мазку крові та ліквору – “товста крапля” крові та ліквору.
3. Латекс-аглотинація крові та ліквору (антигени менінгокока).
4. Загальний аналіз крові (нейтрофіліоз із зсувом уліво, підвищена ШОЕ).
5. Дослідження спинномозкової рідини (плеоцитоз нейтрофільний, збільшення рівню білка, позитивні реакції Панді, Нонне-Апельта, зниження рівню глюкози, підвищений тиск.

ЛІКУВАННЯ:

Догоспітальний етап лікування:

1. Забезпечення венозного доступу.
2. Антибактеріальна терапія - левоміцетин сукцинат натрію по 25 мг/кг (разова доза) в/в.
3. Глюкокортикоїди 1-3мг/кг по преднізолону.
4. Інфузійна терапія сольовими та колоїдними розчинами.
5. Антипіретики.
6. Фуросемід – 1-2 мг/кг.
7. При судомах – діазепам.

Стаціонарний етап лікування:

1. Антибактеріальна терапія: бензилпеніцилін 300000 – 500000 ОД/кг/добу, введення кожні 4 години. Антибіотики резерву: цефтриаксон 100мг/кг/добу, цефотаксим – 200мг/кг/добу. При наявності ІТШ - левоміцетин-сукцинат 100мг/кг/добу.
2. Дезінтоксикаційна терапія при середньотяжких формах із застосуванням глюкозо-сольових розчинів.
3. Ацетазоламід (діакарб) + аспаркам. Доза підбирається в залежності від вираженості гіпертензійного синдрому.
4. По-синдромна терапія проводиться у відповідності з наявними синдромами, їхнє лікування проводиться згідно відповідних протоколів лікування.
5. У періоді реконвалесценції: ноотропні препарати, вітаміни групи В.

Менінгококцемія

КЛІНІЧНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

- гострий початок, раптово, з підвищення температури до 38-40⁰С;
- виражений інтоксикаційний синдром: загальна слабкість, головний біль, біль у м'язах, блідість шкіряних покривів;
- через декілька годин з'являється плямисто-папульозний, а потім геморагічний висип на шкірі, переважно на сідницях, стегнах, гомілках, тулубі. Згодом у центрі елементів висипу з'являється поверхневий і більш

- глибокий некроз;
- можуть спостерігатися крововиливи в склеру, слизову оболонку ротогорла, носові, шлункові кровотечі;
 - при блискавичних формах – швидко наростають прояви інфекційно-токсичного шоку.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Бактеріоскопія “товстої” краплі крові (грамнегативні диплококи).
2. Бактеріологічне дослідження крові, слизу з носогорла (культура менінгокока).
3. Латекс-аглютинація крові (антигени менінгокока).
4. Загальний аналіз крові (нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом уліво, підвищена ШОЕ).
5. Коагулограма (гіперкоагуляція або коагулопатія).

ЛІКУВАННЯ:

Догоспітальний етап лікування:

1. Забезпечення венозного доступу.
2. Антибактеріальна терапія – левоміцетін сукцинат натрію по 25мг/кг (разова доза) в/в.
3. Глюкокортикоїди – преднізолон, гідрокортизон або дексазон по 2-3мг/кг по преднізолону – без ІТШ, 5 мг/кг - при ІТШ I ступеню, 10 мг/кг – при ІТШ II ступеню, 15-20 мг/кг – при ІТШ III ступеню.
4. Інфузійна терапія сольовими розчинами або реополіглюкіном для стабілізації ОЦК.
5. Інотропи (допамін) – для підтримки гемодинаміки.

Госпітальний етап лікування:

1. В залежності від тяжкості госпіталізація до відділення інтенсивної терапії та реанімації, або відділення нейроінфекції інфекційного стаціонару.
2. Антибактеріальна терапія: при наявності ІТШ препарат вибору - левоміцетин сукцинат в дозі 100мг/кг/добу, при виведенні хворого з ІТШ призначають пеніцилін 200 мг/кг/добу, або цефалоспорини третьої генерації – цефатоксим 100-200мг/кг/добу, цефтриаксон 100мг/кг/добу. При тяжкій формі та необхідності захисту від нозокоміальної інфекції додатково застосовують аміноглікозиди 3-го покоління – амікацин до 20мг/кг/добу, нетілміцин 1,5-2мг/кг кожні 8 годин.
3. Дезінтоксикаційна терапія при середньотяжких формах проводиться глюкозо-сольовими розчинами з обліком добової потреби в рідині і патологічних витрат.
4. По-синдромна терапія проводиться у відповідності з наявними синдромами, їхнє лікування проводиться згідно відповідних протоколів лікування

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування проводиться згідно відповідних протоколів)

- Інфекційно-токсичний шок (ІТШ);
- Гострий набряк-набухання головного мозку;
- Ущемлення довгастого мозку у великий потиличний отвір;
- Епендиматит;
- Синдром дисимінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ-синдром);
- Поліорганна недостатність;
- Судомний синдром.

12. ПРОТОКОЛ

ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАРОТИТНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Шифр МКХ -10– В-26

Паротитна інфекція – гостре інфекційне захворювання вірусної етіології з повітряно-краплинним механізмом передачі з переважним ураженням залозистих органів та нервової системи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- Початок гострий з підвищення температури тіла;
- Припухлість привушної слинної залози в перший день хвороби. В наступні дні теж з'являється припухлість інших слинних залоз;
- Припухлість тістуватої консистенції, щільна при пальпації (особливо при відкриванні рота), шкіра над нею незмінена;
- Збільшення та інфільтрація вихідного отвору протоку привушної залози з вінчиком гіперемії – симптом Мурсона;
- Слабкість, головний біль, шум, біль у вухах, зниження слуху, сухість в роті.

Інші прояви паротитної інфекції:

- Панкреатит: на фоні підвищення температури з'являється постійний біль у животі, зниження апетиту, нудота, блювота;
- Орхіт: виникає на 5 – 8 день хвороби, гостро з підвищення температури до 38-40°C, симптомів інтоксикації, набряк та різкий біль в яєчках, що посилюється під час руху, відчуття важкості внизу живота, шкіра на мошонці гіперемірована, натягнута, блищить;
- Менінгіт: розвивається на 3–6 день захворювання, гостро з підвищення температури до 38 - 39°C, головного болю, блювоти, сонливості, адинамії, менінгеальних симптомів;
- Оофорит, струміт, бартолініт, мастит.

Критерії тяжкості

- ступінь виявлення уражених залоз – припухлість, набряк, болючість; ураження ЦНС, інших залоз;
- ступінь загальної інтоксикації – температура тіла, порушення загального стану.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові - лейкопенія, відносний лімфоцитоз, еозинопенія, рідше – моноцитоз та підвищення ШОЕ;.
2. Аналіз сечі на діастазу;
3. Імуноферментний аналіз - виявлення в крові специфічних антитіл класу Ig M до вірусу паротиту.

ЛІКУВАННЯ

Вдома можна лікувати дітей з легкими та середньо-тяжкими формами хвороби при ізольованому ураженні слинних залоз.

Базисна терапія.

- Ліжковий режим: при ізольованому ураженні слинних залоз - до 7 днів, серозному менінгіті – до 14, при орхіті – 10 днів.
- Дієта: годувати хворого 5 – 6 разів на добу теплою, рідкою або напіврідкою їжею, виключають сирі овочі та фрукти, фруктові та овочеві соки, жирні та гострі страви.
- Полоскання порожнини рота після їжі 5% розчином борної кислоти, відваром ромашки тощо.
- Сухе тепло на привушні слинні залози

Додатково:

- При панкреатиті (протокол лікування панкреатиту)
- При орхіті (протокол лікування орхіту)
- При менінгіті (протокол лікування серозних менінгітів).

Етіотропна терапія.

Показана при тяжких формах паротитної інфекції:

- рекомбінантні інтерферони. Курс 7–10 днів.
- Індуктори ендогенного інтерферону
- Препарати з протівірусною та імуномодулюючою дією (інозина пранобекс).

13. ПРОТОКОЛ

ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ

ШИФР МКХ- 10-В27 Інфекційний мононуклеоз

Інфекційний мононуклеоз – захворювання, що викликається вірусом Епштейна-Барр, характеризується лихоманкою, генералізованою лімфаденопатією, тонзилітом, збільшенням печінки і селезінки, характерними змінами гемограми.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- початок гострий;
- гарячка неправильного типу, температура з першого дня хвороби звичайно фебрильна, може тривати від 3 днів до 3 тижнів;
- тонзиліт, фарингіт, біль у горлі;
- генералізована лімфаденопатія;
- гепатоспленомегалія;
- екзантема (може бути короподібна чи скарлатиноподібна, уртикарна, геморагічна);
- закладення носу, утруднення носового дихання;
- головний біль, слабкість, кволість, міалгії, артралгії.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові (лейкоцитоз, лімфомоноцитоз, віроцити).
2. Виявлення гетерофільних антитіл у сироватці крові.
3. Серологічні реакції крові – виявлення VCA IgM, EA IgM;
4. Виявлення нуклеїнової кислоти EBV методом PCR в крові, слині, лімфатичній тканині.

ЛІКУВАННЯ

При всіх формах:

- режим – обмеження фізичного навантаження;
- дієта – виключення гострих, смажених екстрактивних страв;
- симптоматична терапія (жарознижуючі – парацетамол, ібупрофен);
- антигістамінні препарати.

При тяжких формах

- кортикостероїди (1-2 мг/кг/добу за преднізолоном) – 3-5 днів.

При приєднанні вторинної бактеріальної флори – антибактеріальні препарати: - макроліди – еритроміцин, кларитроміцин, азитроміцин;

- цефалоспорини – цефалексин, цефуроксим, цефазолін.

Протипоказаний ампіцилін та його аналоги.

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів)

- Гематологічні ускладнення (аутоімунна гемолітична анемія, тромбоцитопенічна пурпура);
- Ускладнення з боку нервової системи (енцефаліт, серозний менінгіт, синдром Гієнна-Барре, неврити черепних нервів); Гепатит; - Пневмонія.

14. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КОРУ У ДІТЕЙ

ШИФР МКХ – 10 – В- 05 Кір

Кір – гостре інфекційне захворювання, яке викликається Morbillivirus, характеризується порушенням загального стану, запаленням верхніх дихальних шляхів, слизової оболонки ротової порожнини, очей та плямисто-папульозним висипом.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- Інкубаційний період – 9-17-21 день;

КАТАРАЛЬНИЙ ПЕРІОД

- триває 4-5 днів;
- початок хвороби гострий;
- підвищення температури тіла до 38-39 град.С;
- симптоми порушення загального стану;
- катаральні явища: рясний нежить, настійливий сухий кашель, сиплий голос;
- кон'юнктивіт, склерит, світлобоязнь, блефароспазм;
- на слизовій оболонці м'якого та твердого піднебіння – плямиста енантема.
- на слизовій оболонці щік проти малих корінних зубів, яснах та інших слизових оболонках ротової порожнини визначаються дрібні плями білого кольору – симптом Філатова-Бельського-Копліка;
- двогорбий характер температури до висипу.

ПЕРІОД ВИСИПУ:

- погіршується загальний стан;
- температура тіла підвищується до 39-40 град. та залишається підвищеною весь період висипу;
- катаральні явища зростають;
- висип плямисто-папульозний, перші елементи з'являються за вухами, на обличчі. Типовим є етапність появи висипу: обличчя – тулуб та на 3-й день – кінцівки. Висип рясний, може бути зливним, розташовується на незмінній шкірі.

ПЕРІОД ПІГМЕНТАЦІЇ:

- розвивається в тій послідовності, що й висип;
- на місці висипу з'являються пігментні плями.
- покращується самопочуття;
- нормалізується температура тіла;
- зникають катаральні явища.

Діагноз кору можна поставити, опираючись тільки на клінічні діагностичні критерії. У випадках складної клінічної діагностики використовують додаткові дослідження.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові - лейкопенія, лімфоцитоз, еозинофілія, тромбоцитопенія;

1. Цитологічне дослідження (цитоскопія) мазків-відбитків з ротоглотки – виявлення типових для кору багатоядерних гігантських клітин;
2. Серологічні методи (РТГА та РПГА) – збільшення титру антитіл в динаміці в 4 та більш разів;
3. Імуноферментний аналіз (ІФА) – виявлення антитіл до вірусу кору класу Ig M (гострий період), наростання титру класу Ig G в 4 рази та більше (перенесена хвороба).

ЛІКУВАННЯ

хворих на кір здійснюється переважно в домашніх умовах. Госпіталізації підлягають хворі:

- першого року життя;
- з тяжкими формами кору;
- з ускладненнями;
- за епідемічними показами.

Неускладнений легкий, середньотяжкий кір та атипові форми кору не потребують медикаментозного лікування. Хворим призначають:

- ліжковий режим протягом періоду гарячки;
- гігієнічні заходи стосовно ротової порожнини та очей;
- часте провітрювання приміщень;
- при нежиті – судинозвужуючі препарати;
- при кашлі – муколітичні препарати;
- вітамінА внутришньо.

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів)
ларингіт, пневмонія, енцефаліт, менінгіт, отит.

15. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КАШЛЮКУ У ДІТЕЙ

ШИФР МКХ-10 –

A 37 Коклюш

A 37.0 Коклюш, спричинений *Bordetella pertussis*

A 37.1 Коклюш, спричинений *Bordetella parapertussis*

A 37.8 Коклюш, спричинений *Bordetella species*

A 37.9 Коклюш, не уточнений

Кашлюк – гостре інфекційне захворювання з повітряно-крапельним механізмом передачі, яке викликається *Bordetella pertussis*, має циклічний затяжний перебіг, характерним симптомом якого є своєрідний спазматичний нападopodobний кашель.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

Інкубаційний період – від 3 до 15 днів;

Катаральний період - триває 6-14 днів;

- сухий кашель;
- незначні катаральні явища (риніт, фаринготрахеїт);
- інтоксикаційний синдром не виражений, температура субфебрильна;

Період спазматичного кашлю - триває від 2 до 5 тижнів;

- кашель посилюється, має пароксизмальний характер, супроводжується репризами;
- напади кашлю можуть супроводжуватись блюванням, почервонінням шкіри обличчя, ціанозом;
- у дітей першого року життя приступи кашлю можуть супроводжуватись апное;
- блідість шкіри, погіршений апетит.

Критерії тяжкості:

Легка форма:

- частота нападів кашлю - до 15 на добу, число репризів – до 5;
- напади кашлю короткі;
- загальне самопочуття хворого не порушується.

Середньотяжка форма:

- частота нападів кашлю – до 25 на добу, число репризів – до 10;
- напади кашлю тривалі;
- часто наприкінці нападів виникає блювання;
- загальне самопочуття помірно порушене.

Тяжка форма:

- частота нападів кашлю – більше 25 на добу, число репризів – більше 10;
- напади кашлю тривалі, майже завжди закінчуються блюванням крововиливами у шкіру, слизові оболонки, спостерігаються носові кровотечі, мимовільне сечовипускання, дефекація;
- порушення самопочуття (порушення сну, відсутність апетиту);

- наявність апное;
- наявність ознак гіпоксії (блідість, ціаноз, тахікардія);
- розвиток ускладнень.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові – лейкоцитоз, лімфоцитоз, нормальна ШЗЕ;
2. Бактеріологічний - виділення *B. pertussis* із слизу з носогорла;
3. Позитивна PCR на *B. pertussis* (матеріал носоглоткового слизу);
4. Серологічний метод – виявлення антитіл класу IgA та IgM до *B. pertussis* в крові.

ЛІКУВАННЯ

При всіх формах

1. Етіотропна терапія.

Всім хворим в перші 3 тижні від початку захворювання призначається еритроміцин або інші антибіотики з групи макролідів. Тривалість курсу – 14 днів (азитроміцину – 5 днів).

Препаратом другого ряду (при непереносимості макролідів): триметоприм-сульфаметоксазол (ТМП-СМЗ), ампіцилін, які призначаються тривалістю 14 днів.

Призначення етіотропної терапії у строках після 3 тижнів від початку захворювання вирішується індивідуально.

2. Режим – підтримання оптимального повітряного режиму (часті провітрювання, вологе прибирання). При легких та середньо-тяжких формах призначається тривале перебування на свіжому повітрі.

3. Дієта - добовий об'єм їжі зберігається, збільшується число годувань.

При тяжких формах:

- аміназин 1-2,5 мг/кг/добу на 2-3 введення перед денним і нічним сном;

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів лікування)

апное, пневмонія, ателектаз та емфізема легень, енцефалопатія, судомний синдром, затримка психічного розвитку.

16. ПРОТОКОЛ

ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ

ШИФР МКХ-10 –

A 28.2 Ентероінтестинальний ієрсиніоз

Псевдотуберкульоз (далекосхідна скарлатиноподібна лихоманка) – гостре інфекційне захворювання, яке викликається *Yersinia pseudotuberculosis* і характеризується вираженим поліморфізмом клінічних симптомів з перевагою токсико-алергічного синдрому, скарлатиноподібного висипу, ураженням шлунково-кишкового тракту, печінки, нерідко має затяжний рецидивуючий перебіг.

Клінічні форми псевдотуберкульозу:

Типові форми:

- скарлатиноподібна; абдомінальна; артралгічна; жовтянична; комбінована; генералізована (тифоподібна, мононуклеозоподібна); септична.

Атипові форми:

- катаральна; стерта; субклінічна.

За тяжкістю:

- легка; середньотяжка; тяжка.

За перебігом:

- гладкий; із загостреннями і рецидивами; із ускладненнями.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- інкубаційний період від 3 до 18 днів;
- початок гострий;
- температура тіла – фебрильна, хвилеподібна, середня тривалість 7-11 днів;
- інтоксикаційний синдром;
- ентерит, рідше – гастроентерит, ентероколіт;
- екзантема – дрібнокрапчаста (скарлатиноподібна), великоплямисто-папульозна, петехіально-геморагічна, вузловата ерітема.
- висип з`являється на 2-4 день, розташований на гіперемійованому фоні, розміщений на обличчі (включаючи носогубний трикутник), тулубі, розгинальній поверхні кінцівок, навколо суглобів;
- симптом “рукавичок”, “шкарпеток”, “капюшона”;
- “малиновий” язик;
- білий дермографізм;
- пластинчасте лущення на долонях та стопах;
- збільшення розмірів печінки;
- збільшення розмірів селезінки;

- гіперемія кон'юнктив та ін'єкція судин склер;
- біль у суглобах - мігруюча артралгія, переважно уражаються променево-зап'ястковий, ліктьовий, колінний та міжфаланговий суглоби, суглоби набряклі та болючі;
- біль у м'язах;
- незначні катаральні прояви;
- гострий тонзиліт;
- може бути розвиток гепатиту;
- може бути абдомінальний синдром;
- можливий розвиток міокардиту;
- можуть бути симптоми подразнення почеревини;
- можливий розвиток "інфекційно-токсичної нирки";
- У 16 – 22% хворих можливий розвиток рецидивів у вигляді загострення симптомів хвороби, появи алергічних та суглобових симптомів, вузлуватої еритеми.

Критерії тяжкості:

Легка форма:

- А) симптоми інтоксикації слабо виражені;
- Б) температура тіла субфебрильна;
- В) висип незначний, локалізується у складках шкіри та навколо суглобів;
- Г) печінка збільшена незначно.

Середньо-тяжка форма:

- А) температура тіла фебрильна;
- Б) симптоми інтоксикації виражені;
- В) виражений біль у животі;
- Г) ентерит або ентероколіт;
- Д) печінка виступає на 3-5 см, болюча при пальпації;
- Е) висип інтенсивний, може бути геморагічного характеру.

Тяжка форма:

- А) симптоми інтоксикації різко виражені;
- Б) температура тіла висока;
- В) може бути менінгеальний синдром;
- Г) гепатит;
- Д) висип поліморфний, рясний;
- Е) ураження шлунково-кишкового тракту, псевдоапендикулярна форма;
- Ж) поліартрит;
- З) сепсис

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові - лейкоцитоз, нейтрофіліоз із паличкоядерним зсувом, еозинофілія, прискорена ШОЕ.
2. Бактеріологічний метод – виявлення збудника у фекаліях та інших фізіологічних середовищах організму (сеча, кров, харкотиння, вміст абсцесів).

3. Серологічний метод - реакція аглютинації та непрямой гемаглютинації - на 3-4 тижні та у динаміці хвороби. Діагностичним вважається титр 1:200 і вище.
4. Імуноферментний аналіз (по можливості)- визначення антитіл класу IgM у гострій фазі.

ЛІКУВАННЯ

Легку форму захворювання можна лікувати вдома симптоматично, без застосування антибактеріальних препаратів.

Обов'язковій госпіталізації підлягають:

- діти із середньо-тяжкою формою;
- діти з тяжкою формою;

1. Режим – при легкій формі – напівліжковий; при середньотяжкій – напівліжковий; при тяжкій – суворий ліжковий режим;
2. Дієта: при вираженому ураженні гепатобіліарної системи – стіл № 5 по Певзнеру; при перевазі кишкових розладів – стіл № 4 по Певзнеру, при всіх інших формах – стіл № 15 по Певзнеру;
3. Етіотропна терапія:

Антибіотикотерапія: антибіотик вибору – левоміцетин; антибіотики резерву – цефалоспорини III - IV покоління. При тяжких формах хвороби можливо поєднання одного з названих антибіотиків з аміноглікозидами. Середня тривалість курсу 14 днів, антибіотики призначають парентерально.

4. Дезінтоксикаційна терапія – при легкій формі – значна кількість лужного **пиття**, при середньотяжкій та тяжкій формах - введенням глюкозо-сольових розчинів.
5. При вираженому ураженні суглобів – нестероїдні протизапальні препарати.

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів)

- Кардит;
- Дизкінезія жовчовивідних шляхів;
- Запалення жовчовивідних шляхів;
- Гостра ниркова недостатність;
- Гостра печінкова недостатність;
- ДВЗ – синдром.

17. П Р О Т О К О Л
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КРАСНУХИ У ДІТЕЙ
ШИФР МКХ – 10 –
В06 Краснуха

В.06.0 Краснуха з неврологічними ускладненнями

В.06.8 Краснуха з іншими ускладненнями

В.06.9 Краснуха без ускладнень

Краснуха — інфекція, яка викликається *Rubivirus*, може мати перебіг у вигляді набутого (з повітряно-краплинним механізмом передачі) та природженого (із трансплацентарним шляхом передачі) процесу.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ НАБУТОЇ ФОРМИ КРАСНУХИ:

- початок хвороби гострий;
- підвищення температури тіла до 37,5-38°C;
- непостійний, слабковиражений катар слизових оболонок, кон'юнктив;
- розеолезна енантема на твердому піднебінні;
- збільшення, болючість задньошийних та потиличних лімфовузлів;
- може бути продромальний період, який триває декілька годин;
- висип з'являється в перший день хвороби;
- висип розеолезний та дрібноплямисто-папулезний. Елементи висипу між собою не зливаються, з'являється одночасно на всьому тілі. Переважна локалізація — розгинальні поверхні кінцівок, спина, сідниці, зовнішня поверхня стегон.
- висип зникає протягом 1-3 днів, без утворення пігментації чи лущення.

КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИРОДЖЕНОЇ КРАСНУХИ:

- класична тріада: катаракта, вади серця (незарощення артеріальної протоки, вади аортального клапана, стеноз аорти, коарктація аорти, дефект міжшлункової перегородки та стеноз легеневої артерії, дефект міжпередсердної перегородки, транспозиція аорти та легеневої артерії), глухота;
- “розширений” синдром природженої краснухи: крім перерахованого вище, мікроцефалія, мікрофтальм, ретинопатія, помутніння рогівки, глаукома, розщеплення піднебіння, інтерстиціальна пневмонія, гепатит, міокардит, менінгоенцефаліт, ураження вестибулярного апарату, вади органів сечостатевої системи, дерматит, тромбоцитопенія, гемолітична анемія, гіпогамаглобулінемія, зменшена маса тіла при народженні, вторинний імунodefіцит (гіпогаммаглобулінемія).

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:
ПРИ НАБУТІЙ КРАСНУСІ:

1. Загальний аналіз крові (лейкопенія, нейтропенія, лімфоцитоз, плазматичні клітини, нормальна ШОЕ);

2. Серологічний метод (РН, РТГА, РЗК, РІФ) — наростання титрів антитіл у динаміці в 4 та більше разів;

3. Імуноферментний аналіз (ІФА): визначення специфічних антитіл класу Ig M у гострому періоді захворювання та Ig G після перенесеної інфекції в крові, при необхідності спинномозковій рідині.

4. ПЛР крові, сечі, слини, при необхідності спинномозкової рідини – виділення РНК вірусу.

ПРИ ПРИРОДЖЕНІЙ КРАСНУСІ:

1. Імуноферментний аналіз (ІФА): виявлення специфічних антитіл класу Ig M;

2. Серологічний метод (РПГА): стійкий позитивний результат;

3. Виявлення РНК вірусу (кров, сеча, слина, кал, спинномозкова рідина) методом ПЛР.

ЛІКУВАННЯ

хворих з неускладненим перебігом набутої краснухи проводять у домашніх умовах:

1. Ліжковий режим протягом гострого періоду;

2. Загально-гігієнічні заходи;

3. Часте провітрювання приміщень;

4. Симптоматична терапія: жарознижуючі при підвищенні температури тіла (парацетамол, ібупрофен) та ін.

ЛІКУВАННЯ хворих на природжену краснуху — залежно від характеру основних клінічних синдромів у профільному стаціонарі в ізольованій палаті.

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів)

- артрити;
- синовіти;
- серозні менінгіти;
- енцефаліти.

18. П Р О Т О К О Л ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СКАРЛАТИНИ У ДІТЕЙ

ШИФР МКХ –10 - А-38 Скарлатина

Скарлатина - гостре інфекційне захворювання, яке викликається β -гемолітичним стрептококом групи А і характеризується симптомами загальної інтоксикації, ангіною та висипом на шкірі.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- інкубаційний період - від декількох годин до 7 діб;
- початок хвороби гострий;
- інтоксикаційний синдром: підвищення температури тіла, нездужання, головний біль, млявість, блювання;
- висип з'являється на 1-2 день хвороби;
- висип дрібнокрапчастий на гіперемованому фоні шкіри;
- місця переважної локалізації висипу: згинальна поверхня кінцівок, передня і бокова поверхня шиї, бокова поверхня тулуба, живіт, внутрішня поверхня стегон, шкіра природних складок;
- відсутність висипу в ділянці носо-губного трикутника (симптом Філатова);
- симптом Пастіа — накопичення висипу в місцях природних та штучних складок шкіри та поява тут лінійних геморагічних елементів висипу;
 - позитивний симптом “щипка” — поява нових елементів висипу, петехій після фізичної дії на шкіру;
 - можлива геморагічна висипка, дрібноплямиста, з ціанотичним відтінком;
 - сухість шкіри;
- білий дермографізм;
- біль у горлі;
- ангіна: катаральна, фолікулярна, лакунарна або некротична;
- відмежована гіперемія м'якого піднебіння (“палаючий зів”);
- енантема на м'якому піднебінні;
 - **язик обкладений білим нальотом, який з 2 до 4-5 дня поступово очищується від нальоту, набуває яскраво-малинового кольору, проступають збільшені сосочки (“малиновий” язик, “сосочковий” язик);**
 - регіонарний підщелепний або шийний лімфаденіт;
 - лущення шкіри з кінця першого тижня: на обличчі, шиї — висівкоподібне, на тулубі, кінцівках — дрібнопластинчаті, на кистях та ступнях — великопластинчаті;

- зміна фаз вегетативної нервової системи: протягом перших 3-4 днів тахікардія, підвищення артеріального тиску, з 4-5 дня брадикардія, зниження артеріального тиску.

Критерії тяжкості:

Легка форма: температура тіла підвищена до 38 градус., помірно виражені симптоми інтоксикації, загальний стан задовільний, катаральна ангіна, незначний висип на шкірі, клінічні симптоми тривалістю 3-5 днів.

Середньо-тяжка форма: температура тіла підвищена до 39 – 40 градус., тривалість 5 - 7 днів, головний біль, повторна блювота, яскравий, інтенсивний висип на шкірі, фолікулярна, лакунарна ангіна, енантема на м'язом піднебінні, розвиток ускладнень.

Тяжка форма: значно виражений інтоксикаційний синдром, температура тіла до 40 градус. та вище, можливі менінгеальні симптоми, судоми, порушення свідомості, висип із ціанотичним відтінком, геморагічний висип, розвиток ускладнень.

Септична форма: характеризується некротичною ангіною, некротичним назофарингітом, розвитком септичних ускладнень.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові (лейкоцитоз, нейтрофіліоз, зсув формули вліво, еозинофілія, підвищення ШОЕ);
2. Бактеріологічне дослідження слизу із ротоглотки (виділення β -гемолітичного стрептококу групи А);
3. Серологічний (наростання титрів антистрептолізину О в динаміці).

ЛІКУВАННЯ

хворих на скарлатину здійснюється переважно в домашніх умовах. Госпіталізації підлягають хворі:

- з тяжкими формами скарлатини;
 - з ускладненнями;
 - за епідемічними показами.
1. Ліжковий режим протягом гострого періоду;
 2. Етіотропна терапія: антибіотики – при легкій формі пеніциліни або макроліди, при середньотяжкій – пеніциліни, при тяжкій - цефалоспорини I-II покоління, кліндаміцин, ванкоміцин. Курс антибіотикотерапії – при легкій формі 10 днів, середньо тяжкій та тяжкій 10 -14 днів, шлях введення – при легкій формі – перорально, при середньотяжкій - внутрішньом'язово, при тяжкій – внутрішньовенно.
 3. Дезінтоксикаційна терапія: при легкій формі – значна кількість пиття, при середньотяжкій та тяжкій формах – інфузії глюкозо-сольових розчинів;
 4. Антигістамінні препарати.
 5. Препарати, які зміцнюють стінку судин (аскорутин, галаскорбін);
 6. Жарознижуючі препарати (парацетамол, ібупрофен);
 7. Засоби місцевої санації: полоскання горла дезінфікуючими розчинами, тубус – кварц, тощо.

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів)

лімфаденіт; отит; синусит; артрит; мастоїдит; міокардит; нефрит; синовіт.

19. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СЕРОЗНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ

ШИФР МКХ-10 -

G 02.0 Менінгіт при вірусних хворобах

Менінгіт (викликаний вірусом):

Ентеровірусний (A 87.0+)

Епідемічного паротиту (B 26.1+)

Простого герпесу (B 00.3+)

Вітряної віспи (B 01.0+)

Оперізуючого герпесу (B 02.1+)

Аденовірусний (A 87.1+)

Кору (B 05.1+)

Краснухи (B 06.0+)

Інфекційного мононуклеозу (B 27.-+)

G 03.0 Непіогенний менінгіт (небактеріальний).

Серозні менінгіти – це група захворювань ЦНС, в основі виникнення яких лежить серозне запалення оболонок мозку, переважно вірусної, рідше – бактеріальної, грибкової чи паразитарної етіології.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

Загальноінфекційний синдром:

- його клінічні прояви переважно залежать від характеру та властивостей збудника;
- підвищення температури тіла до 38 - 39,5 °С;
- сильний головний біль;
- головокружіння;
- млявість;
- адинамія;
- апатія.

Менінгеальний синдром:

- у 10 - 15% хворих може бути відсутнім при наявності запальних змін у лікворі;
- нерідко виявляється дисоціація менінгеального симптомокомплексу, деякі симптоми можуть бути відсутніми;
- менінгеальні симптоми - ригідність м'язів потилиці та верхній симптом Брудзинського. Часто зорова та тактильна гіперестезія;
- гідроцефально-гіпертензійний синдром - головний біль, повторна, іноді багаторазова блювота, яка не пов'язана із прийомом їжі.

Додаткові клінічні критерії:

При ентеровірусному менінгіті: катаральні явища в ротоглотці, герпангіна, біль у скелетних м'язах (плевродинія); екзантема поліморфного характеру; діарейний синдром, весняно-літня сезонність.

При аденовірусному менінгіті: катаральні явища у вигляді закладеності носу, нежиті, кашлю, змін в ротоглотці, ураження очей (кон'юнктивіт, склерит); лімфаденопатія; мезаденіт, діарея.

При паротитному менінгіті: збільшення навколоушних слинних залоз (підщелепної, підборідної) в даний час або декілька днів тому назад; гіперемійований, набряклий проток слинної залози на слизовій щік (симптом Мурсона); біль в животі, панкреатит; відсутність щеплень проти епідемічного паротиту.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові - помірна лейкопенія, іноді невеликий лімфоцитоз, зсув формули вліво, ШОЕ нормальна;
2. Аналіз ліквору - плеоцитоз в межах декількох десятків-сотен лімфоцитів, вміст білку нормальний, або трохи підвищений (0,4 - 1 г/л), рівень глюкози нормальний, за винятком туберкульозного менінгіту, при якому зниження вмісту глюкози є патогномічною ознакою;
3. ПЛР ліквору, крові – наявність нуклеїнової кислоти збудника;
4. Вірусологічні дослідження крові, ліквору - виділення збуднику із крові, ліквору методом зараження лабораторних тварин чи культури тканин;
5. Бактеріологічні посіви ліквору, крові, слизу з носогорла, шляхом посіву на селективні живильні середовища - для виділення збудника;
6. Серологічні методи РНГА, РЗК, РН з метою виявлення специфічних антитіл і наростання їхнього титру у 4 і більше разів. РІФ, ІФА для визначення вірусного антигену.

ЛІКУВАННЯ

1. *Етіотропна терапія.* При менінгітах, які викликані вірусом простого герпесу, вітряної віспи, оперізувального герпесу показано призначення ацикловіру, або його похідних в разовій дозі 10 – 15 мг/кг 3 рази на добу протягом 5 - 7 днів внутрішньовенно.
2. *Режим.* Суворий ліжковий режим до покращення загального стану, зниження температури тіла, покращення показників ліквору, в середньому на 7-10 днів. Після цього – напівліжковий режим на 5-7 днів з наступним вільним режимом.
3. *Харчування.* Дітям першого року після стабілізації гемодинаміки - зціджене грудне молоко або адаптовані молочні суміші при зменшенні об'єму годування в першу добу до 1/2 - 1/3 вікової норми з наступним збільшенням до норми протягом 2-3 днів. При порушенні ковтання – харчування через зонд.

Дітям старшого віку – дієта з вживанням парової їжі 5-6 разів на день, дрібно, невеликими порціями – стіл № 5 за Певзнером.

Питний режим відповідає добовій потребі в рідині з урахуванням розчинів, введених внутрішньовенно – соки, морси, мінеральна вода.

4. Патогенетична терапія:

а). Дегідратація (при наявності гіпертензійно-гідроцефального синдрому):

розчин сірчанонокислої магнезії 25% в/м;

фуросемід 1% в/в або в/м у дозі 1-3 мг/кг, ацетазоламід через рот.

б). Дезінтоксикація. При середньому ступеню тяжкості можна обмежитися ентеральним прийомом рідини в об'ємі фізіологічної добової потреби.

При тяжкому перебігу об'єм в/в інфузії в першу добу не повинен перебільшувати $\frac{1}{2}$ ФП (фізіологічної потреби). Загальний добовий об'єм рідини $-\frac{2}{3}$ ФП при умовах нормального діурезу та відсутності дегідратації. З другої доби підтримувати нульовий водяний баланс, забезпечити діурез у кількості не менш, ніж $\frac{2}{3}$ від загального об'єму отриманої рідини.

20. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДІТЕЙ

Шифр МКХ- 10 - B 01 Вітряна віспа

Вітряна віспа – це гостре інфекційне захворювання, яке викликається вірусом *Varicella-Zoster*, з повітряно-крапельним шляхом передачі, характеризується наявністю своєрідного плямисто-папульозно-везикульозного висипу.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

Типові форми вітряної віспи

- Захворювання розпочинається гостро з підвищення температури тіла, висота якої визначається важкістю перебігу захворювання, та з появи висипу.
- Іноді за 1-5 днів до появи висипу спостерігаються продромальні явища у вигляді субфебрильної температури, в'ялості, відсутності апетиту та появи “реш-висипки” (скарлатиноподібної, еритематозної, короподібної).
- Вітрянковий висип з'являється одночасно з підвищенням температури чи на декілька годин пізніше. Спочатку утворюються невеликі плями, які швидко перетворюються на папули та везикули. Везикули зазвичай однокамерні.
- Висипання розташовані на шкірі тулуба, обличчя, кінцівок, волосистої частини голови, рідше на слизових оболонках рота, дихальних шляхів, очей, зовнішніх статевих органів.
- Висип може супроводжуватися свербінням.
- На слизових оболонках елементи висипки швидко мацеруються з утворенням поверхневих ерозій, які загоюються протягом 1-2 днів.
- На шкірі пухирці поступово стухають, підсихають та вкриваються кірочками. Після злуцнення кірочок на їх місці тривалий час зберігається легка пігментація, в рідких випадках – рубчики.
- Процес висипання відбувається поштовхами, з інтервалом в 1-2 дні, протягом 2-4 днів, в рідких випадках до 7 дня і більше. Тому спостерігається несправжній поліморфізм висипу.

Атипові форми вітряної віспи

- рудиментарна форма розвивається у дітей зі спадковим пасивним імунітетом чи після введення в періоді інкубації імуноглобулінів, плазми, крові. В них з'являється нерясна папульозна висипка з поодинокими дрібними пухирцями на тлі нормальної температури тіла.
- для пустульозної форма типово утворення на місті пухирців пустул з гнійним вмістом. Захворювання супроводжується високим рівнем інтоксикації. Після відпадиння кірок часто залишаються рубці.
- при бульозній формі поряд з типовими везикулами pojawiaються великі, діаметром до 2-3 см, пухирці з в'ялою покрішкою і каламутним вмістом. Пухирці можуть лопатися з утворенням великих ерозивних поверхонь. Після епітелізації останніх нерідко залишається буровата пігментація.
- геморагічна форма розвивається в імунокомпроментованих дітей. В них на 2-3 день захворювання вміст пухирців стає геморагічним, кірочки мають чорний колір. Можливі крововиливи у шкіру, слизові оболонки, внутрішні органи, головний мозок, носові кровотечі.
- гангренозна форма розвивається в імунокомпроментованих дітей, при поганому догляді. При цій формі захворювання поряд із типовим висипом з'являються пухирці з геморагічним вмістом та значною запальною реакцією довкола них. В наступному утворюється кров'яний ("чорний") струп, після відторгнення якого з'являються глибокі, округлі виразки з брудним некротичним дном і підритими краями.
- генералізована форма зустрічається інколи у новонароджених або дітей старшого віку з імунодефіцитними станами чи які довго отримували глюкокортикостероїди. При цьому спостерігається специфічне ураження внутрішніх органів.

Діагноз вітряної віспи можна поставити, опираючись тільки на клінічні діагностичні критерії. У випадках складної клінічної діагностики використовують додаткові обстеження.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові: лейкопенія, відносний лімфоцитоз, нормальні показники ШОЕ.
2. РФА дозволяє виявити антиген вірусу в мазках – відбитках із вмісту везикул.
3. Для серологічного дослідження використовують парні сироватки. Діагностичним вважається наростання титру у 4 та більше разів протягом 10-14 діб. Дослідження проводять за допомогою РЗК, РНГА, ІФА, РІА.

ЛІКУВАННЯ

1. При легких та середньотяжких формах вітряної віспи в імунокомпетентних пацієнтів терапія спрямована на профілактику вторинних бактеріальних ускладнень. Для цього щоденно змінюють одяг, постільну білизну, змащують везикули 1% розчином діамантового зеленого або 1-2% розчином калію перманганату, після їжі полощуть рот розчинами антисептиків.
2. Засобом етіотропної терапії вітряної віспи є ацикловір. Показаннями до застосування ацикловіру є:
 - пацієнти з онкогематологічними захворюваннями;
 - реципієнти органів, кісткового мозку;
 - хворі, які отримують кортикостероїдні препарати;
 - діти з вродженими імунодефіцитами;
 - діти з ВІЛ-інфекцією;
 - вроджена вітряна віспа;
 - вітряна віспа, яка ускладнена ураженнями нервової системи, гепатитом, тромбоцитопенією, пневмонією;
 - тяжкі форми вітряної віспи.

Крім ацикловіру при вітряній віспі ефективними є такі препарати, як валацикловір, фамцикловір, ганцикловір.

Противірусну терапію призначають з першого дня захворювання. Ацикловір вводять внутрішньовенно по 10 мг/кг маси тіла 3 рази на добу. Курс триває 7 діб чи 48 годин після появи останніх елементів висипу. **Імунокомпетентним дітям старше 2 років та підліткам при тяжких формах хвороби ацикловір можна призначати всередину в дозі 80 мг/кг на добу.**

3. При тяжких, генералізованих формах вітряної віспи, особливо у новонароджених та дітей першого року життя, можливе використання специфічного варицело-зостерного імуноглобуліну у дозі 0,2 мл/кг маси тіла.

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів)

енцефаліт; мієліт; енцефаломієліт; полінейропатія; неврит зорового нерву; серозний менінгіт; гостра тромбоцитопенія; крововилив у надниркові залози; гостра надниркова недостатність; несправжній круп; гостра дихальна недостатність; пневмонія; бактеріальні ускладнення (флегмона, абсцес, імпетиго, бульозна стрептодермія, бешиха, лімфаденіт, гнійний кон'юнктивіт, кератит, стоматит); сепсис; артрит; остеомієліт; нефрит.

21. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВІРУСНИХ ЕНЦЕФАЛІТІВ У ДІТЕЙ

(вітрянкової, корової, краснушої етіології)

Шифр МКХ-10 -

Енцефаліт викликаний:

- вірусом вітряної віспи А 85

- вірусом кору В 05.0

- вірусом краснухи А 85

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- гострий початок;
- висока температура;
- загальномоозкові симптоми - головний біль, порушення свідомості, судоми;
- швидке виникнення і прогресуюче наростання поліморфної вогнищевої (осередкової) симптоматики;
- для вітрянкового енцефаліту найбільш типові такі мозочкові порушення: атаксія, загальна м'язова гіпотонія, ністагм, скандована мова, що поєднуються з іншими осередковими симптомами;

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. ПЛР ліквору - наявність ДНК або РНК вірусу;
2. ІФА крові - наявність специфічних антитіл класу IgM;
3. МРТ головного мозку - вогнища запального процесу.

ЛІКУВАННЯ

1. Базисна терапія:

- суворий ліжковий режим до стійкої нормалізації температури тіла, зникнення загальномоозкової та значного поліпшення вогнищевої неврологічної симптоматики, у середньому не менш ніж на 14- 16 днів;
- дієта до стабілізації вітальних функцій здійснюється за рахунок адекватної інфузійної терапії, потім дітям грудного і раннього віку призначають грудне молоко, або адаптовані молочні суміші в першу добу в обсязі 1/2-1/3 вікової норми з наступним збільшенням до повного об'єму на протязі 2 - 3-х діб.

Дітям старшого віку призначають молочно-рослинну дієту (стіл №5 по Певзнеру), дрібно 5-6 разів на добу з наступним переходом на стіл №2 чи №15 (в залежності від віку) у періоді одужання;

- питний режим відповідає віковим добовим потребам у рідині з урахуванням добового об'єму розчинів, які вводяться в/в;
- антибіотикотерапія проводиться за наступними показаннями: дітям грудного віку, при наявності супутньої бактеріальної інфекції, чи хронічних

вогнищ інфекції, запальному зсуві в загальному аналізі крові. Призначають антибіотик широкого спектру дії в середньо-терапевтичних дозах, коротким курсом.

2. Етіотропна терапія:

- при вітрянковому енцефаліті без виражених загально мозкових симптомів - ацикловір 10 мг/кг 3 рази на добу протягом 7 - 10 днів; у випадку енцефаліту з вираженими загально мозковими симптомами (порушення свідомості, судоми) - 15 - 30 мг/кг 3 рази на добу протягом 10-14 днів, потім продовжують прийом препарату по 200 - 400 мг 5 разів на добу ентерально на протязі 14 днів;
- для лікування хворих на коровий та краснушний енцефаліт етіотропних препаратів немає.

3. Патогенетична терапія:

- глюкокортикоїди призначають у добовій дозі 3-5 мг/кг/маси, курс не більше 10 днів;
- судинні препарати (пентоксифілін, ніцерголін тощо);
- у постгіпоксичному періоді призначають ноотропи, вітаміни групи В.

УСКЛАДНЕННЯ:

- (лікування згідно відповідних протоколів)
- гострий набряк - набухання головного мозку;
- гіпертензійний синдром.