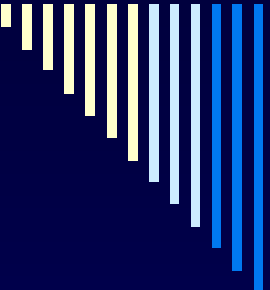


МЕНІНГОКОККОВА ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ

- Доц. кафедри охорони материнства та дитинства
Ігнатко Л.В.



11. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МЕНІНГОКОККОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

- **Менінгококова інфекція** – антропонозна 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.
-



Гнійний менінгіт

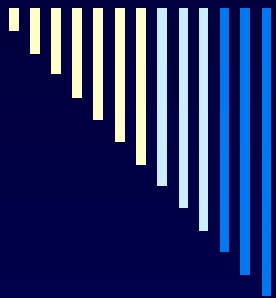
□ КЛІНІЧНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

- 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 підвішування (Лесажа), стійке вибухання та напруженість тім'ячка, закидання голови назад;
 - судомми частіше - клоніко-тонічного характеру.
-



Стаціонарний етап лікування:

- 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 - левоміцетін-сукцинат 100мг/кг/добу.
 - Дезінтоксикаційна терапія при середньотяжких формах із застосуванням глюкозо-сольових розчинів.
-



- Ацетазоламід (діакарб) + аспаркам. Доза підбирається в залежності від вираженості гіпертензійного синдрому.
- По-синдромна терапія проводиться у відповідності з наявними синдромами, їхнє лікування проводиться згідно відповідних протоколів лікування.
- 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;



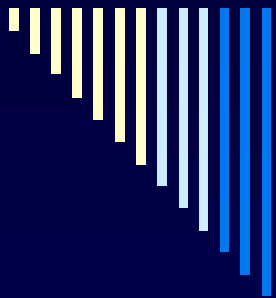
ЛІКУВАННЯ: Догоспітальний етап:

- Забезпечення венозного доступу.
- Антибактеріальна терапія – левоміцетін сукцинат натрію по 25мг/кг (разова доза) в/в.
- 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.
- Інфузійна терапія сольовими розчинами або реополіглюкіном для стабілізації ОЦК.
- Інотропи (допамін) – для підтримки гемодинаміки.



ЛІКУВАННЯ: Госпітальний етап:

- В залежності від тяжкості госпіталізація до відділення інтенсивної терапії та реанімації, або відділення нейроінфекції інфекційного стаціонару.
- 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.

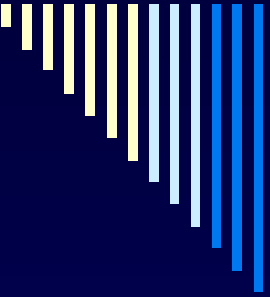


- Дезінтоксикаційна терапія при середньотяжких формах проводиться глюкозо-сольовими розчинами з обліком добової потреби в рідині і патологічних витрат.
- По-синдромна терапія проводиться у відповідності з наявними синдромами, їхнє лікування проводиться згідно відповідних протоколів лікування



УСКЛАДНЕННЯ:

- 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.



ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВІРУСНИХ ЕНЦЕФАЛІТІВ У ДІТЕЙ

(вітрянкової, корової, краснушної 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;
 - загально мозкові симптоми - головний біль, порушення свідомості, судоми;
 - швидке виникнення і прогресуюче наростання поліморфної вогнищевої (осередкової) симптоматики;
 - для вітрякового енцефаліту найбільш типові такі мозочкові порушення: атаксія, загальна м'язова гіпотонія, ністагм, скандована мова, що поєднуються з іншими осередковими симптомами;
-



ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

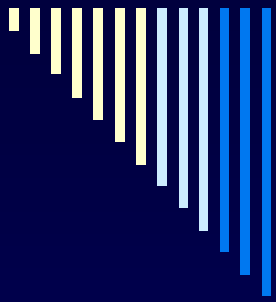
- ПЛР ліквору - наявність ДНК або РНК вірусу;
 - ІФА крові - наявність специфічних антитіл класу IgM;
 - МРТ головного мозку - вогнища запального процесу.
-



ЛІКУВАННЯ

Базисна терапія:

- суворий ліжковий режим (до нормалізації температури, зникнення загальноомозкової та значного поліпшення вогнищевої неврологічної симптоматики, у середньому не менш ніж на 14- 16 днів;
- дієта (до стабілізації вітальних функцій) - за рахунок інфузійної терапії, потім грудне молоко або суміші в першу добу 1/2-1/3 норми, повний об'єм за 2 - 3 дні.
- Дітям старшого віку- молочно-рослинну дієту (стіл №5 по Певзнеру), 5-6 разів на добу з 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** покази:
- 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.



УСКЛАДНЕННЯ:

- гострий набряк - набухання головного мозку;
 - гіпертензійний синдром.
-

