

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**ОРГАНІЗАЦІЯ СТАЦІОНАРУ ВДОМА**  
**ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ**

*Методичні вказівки*  
*для студентів V–VI курсів та лікарів-інтернів*

Затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 11 від 26.12.2013 р.

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2014**

Організація стаціонару вдома при інфекційних захворюваннях у дітей : метод. вказ. для студентів V–VI курсів та лікарів-інтернів / упор. С.В. Кузнецов, А.М. Татаркіна, О.М. Ольховська та ін. – Харків : ХНМУ, 2013. – 36 с.

Упорядники      С.В. Кузнецов  
                         А.М. Татаркіна  
                         О.М. Ольховська  
                         Т.С. Копійченко  
                         Т.Г. Вовк  
                         Т.О. Кірсанова  
                         Т.С. Жаркова  
                         О.О. Кучеренко

## I. Загальні положення

1.1. Стационар вдома є одним з видів амбулаторно-поліклінічної допомоги.

1.2. Стационар вдома організовується як відділення амбулаторно-поліклінічних закладів для надання медичної допомоги в домашніх умовах у випадках, коли пацієнти не можуть відвідувати поліклініку або пацієнту необхідно тимчасове дотримання домашнього режиму, показано проведення лікувальних заходів, щоденне спостереження медичними працівниками, але при цьому відсутня необхідність у його цілодобовому спостереженні та цілодобовому виконанні лікувальних процедур. Перебування хворої дитини вдома, у звичайних для неї умовах, обмежує стресову ситуацію, а також запобігає появі нозокоміальних інфекцій.

1.3. Для організації стационару вдома необхідними є наявність задовільних побутових умов, відповідність епідеміологічним показанням і можливості догляду за пацієнтом членами сім'ї.

1.4. У вихідні, святкові дні призначення в стационарі вдома виконують чергові медсестри амбулаторно-поліклінічного закладу.

1.5. За відсутності позитивної динаміки патологічного процесу або при погіршенні стану хворого, появі необхідності цілодобового медичного спостереження хворого переводять до цілодобового стационару.

1.6. У стационарі вдома ведеться обліково-звітна медична документація встановленого зразку.

## II. Цілі й основні види діяльності

2.1. Метою роботи стационару вдома є підвищення якості надання медичної допомоги хворим в умовах перебування вдома, розвиток і удосконалення нових методів лікування, спрямованих на розвиток стационар-замінюючої допомоги та ресурсозберігаючих технологій.

2.2. У стационарі вдома здійснюються такі основні види діяльності:

2.2.1. Діагностика і лікування захворювань відповідно до показань для стационарів вдома.

2.2.2. Долікування хворих після етапу інтенсивного лікування у стационарі з використанням сучасних засобів і методів медичного обслуговування.

2.2.3. Взаємозв'язок і послідовність у роботі закладів охорони здоров'я з органами соціального захисту.

## III. Організація роботи

3.1. Лікування і спостереження хворих в умовах стационару вдома здійснює дільничний педіатр за умов правильно встановленого діагнозу та визначення показань лікування вдома.

3.2. Подання екстреного повідомлення до санітарних служб районної СЕС (форма 58).

3.3. Організація стаціонару вдома передбачає щоденне спостереження за хворим медичними працівниками, проведення необхідних лабораторно-діагностичних обстежень, призначення комплексної терапії.

3.4. Контроль своєчасного та якісного виконання призначеної схеми лікування хворого: медикаментозної терапії, дотримання призначеної дієти та інших рекомендацій щодо нагляду за хворою дитиною (гігієнічний режим, неухильне виконання протиепідемічних заходів, питний режим, провітрювання та зволоження повітря в кімнаті, виконання різних процедур).

3.5. Відповідальність за організацію стаціонару в домашніх умовах несе дільничний педіатр або зав. педіатричного відділення.

3.6. Контроль за виконанням заходів, декларованих загальними положеннями лікування інфекційних хворих вдома, проводить лікар-інфекціоніст регіональної поліклініки.

**IV. Стаціонар у домашніх умовах може бути організований хворим дітям за таких умов:**

4.1. Завершення курсу лікування в домашніх умовах після виписки зі стаціонару за наявності показань для продовження лікувальних заходів, регулярного лікарського спостереження і відсутності можливості для відвідування поліклініки як за станом здоров'я, так і з метою локалізації інфекції та профілактики нашарувань інших інфекцій.

4.2. Хворі з легкими формами інфекційних захворювань, вибірково-середньої тяжкості (залежно від показників тяжкості та старше 3 років).

4.3. Носії патогенних мікробів (окрім збудників дифтерії, менінгококової інфекції, тифу та паратифів).

4.4. Хворі зі хронічним перебігом інфекції (під час загострення).

**V. Обов'язковій госпіталізації підлягають:**

5.1. Діти з важкими формами інфекційного захворювання.

5.2. Діти віком до 3 років з середньотяжкими формами.

5.3. Хворі на інфекційну хворобу з обтяжливим преморбідним фоном.

5.4. Хворі з ускладненим перебігом інфекційного процесу.

5.5. Хворі на вірусний гепатит, черевний тиф та паратифи, дифтерію, ангіни (з сільської місцевості), менінгококову інфекцію, особливо небезпечні інфекції, поліомієліт, інфекції з синдромом гострих млявих паралічів, опісторхоз та захворювання, обумовлені групою стрічкових гельмінтів.

5.6. Необхідність ізоляції пацієнта за епідеміологічними показаннями.

5.7. При неможливості проведення діагностичних і лікувальних заходів в амбулаторно-поліклінічних умовах.

5.8. При необхідності цілодобового виконання лікувальних процедур.

5.9. Усі інфекційні хворі, які перебувають у дитячих закладах закритого типу.

5.10. Хворі діти, що мешкають з дорослими, які володіють професією зі списку декретованих.

## Діагностика та лікування скарлатини

Шифр МКХ–10 – А-38 Скарлатина

**Скарлатина** – гостре інфекційне захворювання, яке обумовлене  $\beta$ -гемолітичним стрептококом групи А і характеризується симптомами загальної інтоксикації, ангіною та дрібнокрапчастим висипом на шкірі.

*Діагностичні критерії*

**Епіданамнез:** контакт із хворими на скарлатину, ангіну, фарингіт або носієм патогенного стрептококу.

**Клінічні прояви:**

– початок хвороби гострий, починається з інтоксикаційного синдрому, болю в горлі, лихоманки, нездужання, головного болю, млявості, блювання;

– висип дрібнокрапчастий на гіперемованому фоні шкіри з'являється на 1–2-й день хвороби, переважно локалізується на згинальних поверхнях кінцівок, на шиї, бокових поверхнях тулуба, внизу живота, пахвах, у природних складках шкіри;

– спазматично блідий носо-губний трикутник (симптом Філатова);

– симптом Пастіа – накопичення висипу в місцях природних та штучних складок шкіри та поява тут лінійних петехіальних елементів висипу;

– ознаки симпатикотонії (сухість шкіри та слизових оболонок, білий дермографізм, тахікардія, підвищення артеріального тиску);

– ангіна: катаральна, фолікулярна, лакунарна або некротична;

– відмежована яскрава гіперемія м'якого піднебіння ("палаючий зів")

з енантемою на ньому;

– "малиновий" язик;

– регіонарний підщелепний або шийний лімфаденіт;

– в подальшому лущення шкіри: висівкоподібне – на тулубі, кінцівках та великопластинчасте – на кистях та ступнях.

*Критеріями тяжкості є інтоксикація та характер ангіни*

**Легка форма:** субфебрильна температура тіла, помірно виражені симптоми інтоксикації, катаральна ангіна, незначний висип на шкірі. Клінічні симптоми тривалістю 3–5 днів, без ускладнень.

**Середньотяжка форма:** температура тіла підвищена до 39–40 °С, тривалість – 5–7 днів, головний біль, повторне блювання, яскравий, інтенсивний висип на шкірі, фолікулярна, лакунарна ангіна, енантема на м'якому піднебінні, розвиток ускладнень.

**Тяжка форма:** температура тіла до 40 °С та вище, значно виражений інтоксикаційний синдром, 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:

- загальний аналіз крові (лейкоцитоз, нейтрофілоз, зсув формули вліво, еозинофілія, прискорена ШОЕ);
- бактеріологічне дослідження слизу із ротоглотки (виділення β-гемолітичного стрептококу групи А);
- серологічний (наростання титрів антистрептолізину О в динаміці).

**Лікування.** Постільний режим призначають на 7 днів, потім – загальний. Протягом 3–4 тиж рекомендується дотримання дієти з виключенням солоних, екстрактивних та жирних страв, достатня кількість рідини та вітамінів.

Незалежно від тяжкості хвороби усім дітям призначають антибактеріальну терапію. Найефективнішим щодо дії на гемолітичний стрептокок є пеніцилін, його вводять внутрішньом'язово 100 000 ОД на 1 кг маси тіла на добу протягом 7–10 днів 2 рази на добу та 2 рази давати пеніцилін усередину або 4 рази на добу феноксипеніцилін та інші оральні пеніциліни. У разі підвищеної чутливості до пеніциліну призначають макроліди (ровамідин, роксид, кларитромідин, фромлід, азитромідин (сумамед)). Усім хворим дають антигістамінні препарати, аскорбінову кислоту, глюконат кальцію, супрастин, феністил, еріус та ін.

Місцева терапія: полоскання горла розчином фурациліну, використання септифрилу, інгаліпту, відварів ромашки, шавлії.

Термін ізоляції хворого – 21 день. Кратність нагляду вдома: перші три дні щоденно, потім – на 7-, 14-, 21-й дні захворювання. Аналіз сечі на 7-, 14-, 21-й дні хвороби; аналіз крові, ЕКГ, ревмопроби – після 21-го дня за показаннями.

Можливі ускладнення:

- септичні: лімфаденіт гнійний, некротичний, періаденіт, аденофлегмона, некротична ангіна, синусит, гнійний артрит, отит, мастоїдит (1–2-й тиждень);
- алергічні: гломерулонефрит, міокардит, артрити (10–21-й день);
- рецидиви скарлатини (10-й день – 3–4-й тиждень);
- алергічні хвилі (2–3-й тиждень).

Дитина допускається до дитячого колективу не раніше 22-го дня від початку хвороби за відсутності клініко-лабораторних ознак будь-яких ускладнень скарлатини.

Якщо серед контактних є діти дошкільного і молодшого шкільного віку, то їх ізолюють на 17 днів. За контактними проводиться клінічне спостереження за показаннями, рекомендується бактеріологічне обстеження, за необхідністю призначається лікування еритроміцином чи біциліном-3. Ангіна у дитини, яка контактувала з хворим на скарлатину, трактується як аналог даної інфекції. Лікування, обстеження і тривалість спостереження за хворими такі ж, як при скарлатині.

## Діагностика та лікування кору

Шифр МКХ-10 – В-05 Кір

**Кір** – гостре інфекційне захворювання, обумовлене вірусом кору (Morbillivirus), характеризується симптомами інтоксикації, запаленням верхніх дихальних шляхів, слизової оболонки ротової порожнини, очей та стадійною появою плямисто-папульозного висипу.

*Діагностичні критерії:* три періоди (катаральний, висипу, реконвалесценції, або пігментації) :

– катаральний період: початок хвороби гострий з катаральних проявів (рясна нежить, надсадний сухий кашель, сиплий голос, лихоманка, симптоми інтоксикації, кон'юнктивіт; на слизовій оболонці м'якого та твердого піднебін'я – плямиста енантема; наявність патогномонічного симптому на слизовій оболонці щік напроти малих корінних зубів – симптом Філатова-Бельського-Копліка);

– період висипу: погіршується загальний стан, повторне підвищення температури тіла до 39–40 °С, яка залишається підвищеною весь період висипу (двогорбий характер температурної кривої), посилюються катаральні прояви; висип плямисто-папульозний, з'являється стадійно (обличчя – тулуб та на 3-й день – кінцівки); висипання рясні, можуть бути зливними, розташовуються на незміненому фоні шкіри;

– період пігментації: на місці висипу з'являються пігментні плями (коричневі) в тій послідовності, що й висип; покращується самопочуття, нормалізується температура тіла, зникають катаральні явища.

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

– цитологічне (цитоскопія) мазків-відбитків з ротоглотки – виявлення типових для кору багатоядерних гігантських клітин;

– серологічні методи (РТГА та РПГА) – збільшення титру антитіл у динаміці в 4 рази та більше;

– імуноферментний аналіз (ІФА) – виявлення антитіл до вірусу кору класу Ig M (гострий період), наростання титру класу Ig G у 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 та за епідеміологічними показаннями.

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

Хворим призначають:

– постільний режим протягом періоду гарячки;

- гігієнічні заходи стосовно ротової порожнини та очей;
- часте провітрювання приміщень;
- при нежиті – судинозвужувальні препарати;
- при кашлі – муколітичні засоби;
- вітамін А всередину.

Кратність догляду вдома – щоденно протягом усього гострого періоду. Лабораторне обстеження – за показаннями. На контактних дітей, які перехворіли на кір, які були щеплені та мають титри протикорових антитіл 1:5–1:10 і вище, карантин не накладається. На інших – накладається карантин із моменту роз'єднання з хворим на 17–21-й день.

### **Діагностика та лікування краснухи**

Шифр МКХ-10 – В-06 Краснуха

V.06.0 Краснуха з неврологічними ускладненнями

V.06.8 Краснуха з іншими ускладненнями

V.06.9 Краснуха без ускладнень

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

*Діагностичні критерії*

Набута форма краснухи:

- початок хвороби гострий, з підвищення температури тіла до 37,5–38 °С, із непостійних, слабковиражених катаральних проявів ВДШ, інколи кон'юнктивітом;
- розеолезна енантема на твердому піднебінні;
- збільшення, болючість задньошийних та потиличних лімфовузлів;
- висип з'являється у перший день хвороби – розеолезний та дрібноплямисто-папульозний; елементи висипу між собою не зливаються, з'являється одночасно на всьому тілі; переважна локалізація – розгинальні верхні кінцівки, спина, сідниці, зовнішня поверхня стегон;
- висип зникає протягом 1–3 днів, без утворення пігментації чи лущення.

Вроджена краснуха:

- 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, гіпогаммаглобулінемія, зменшена маса тіла при народженні, вторинний імунodefіцит (гіпогаммаглобулінемія).

#### *Параклінічні дослідження*

При набутій краснусі:

- загальний аналіз крові (лейкопенія, нейтропенія, лімфоцитоз, плазматичні клітини, нормальна ШОЕ);
- серологічний метод (РН, РТГА, РЗК, РІФ) – наростання титрів антитіл у динаміці в 4 рази та більше;
- імуноферментний аналіз (ІФА): визначення специфічних антитіл класу Ig M у гострому періоді захворювання та Ig G після перенесеної інфекції;
- ПЛР крові, сечі, слини, при необхідності спинномозкової рідини – виділення РНК вірусу.

При вродженій краснусі:

- імуноферментний аналіз (ІФА): виявлення специфічних антитіл класу Ig M;
- серологічний метод (РПГА): стійкий позитивний результат;
- виявлення РНК вірусу (кров, сеча, слина, кал, спинномозкова рідина) методом ПЛР.

**Лікування** хворих з неускладненим перебігом набуті краснухи проводять у домашніх умовах:

- постільний режим протягом гострого періоду;
- загальногігієнічні заходи;
- часте провітрювання приміщень;
- симптоматична терапія: жарознижувальні 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.

### **Діагностика та лікування вітряної віспи у дітей**

Шифр МКХ-10 – В 01 Вітряна віспа

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

#### *Діагностичні критерії*

- Захворювання розпочинається гостро з підвищення температури тіла, висота якої визначається тяжкістю перебігу захворювання, та з появи висипу.

– Іноді за 1–5 днів до появи висипу спостерігаються продромальні явища у вигляді субфебрильної температури, млявості, відсутності апетиту та появи "реш-висипки" (скарлатиноподібної, еритематозної, короподібної).

– Вітрянковий висип поліморфний: плями, які швидко перетворюються на папули та везикули. Везикули зазвичай однокамерні. Везикули поступово стухають, підсихають та утворюються кірочки, після злуцнення яких тривалий час зберігається легка депігментація, в рідких випадках – рубчики.

– Висипання розташовані скрізь, але улюбленою локалізацією є волосиста ділянка голови, рідше на слизових оболонках рота, дихальних шляхів, очей, зовнішніх статевих органів.

– Висип може супроводжуватися свербінням.

– Процес висипання відбувається поштовхами, з інтервалом у 1–2 дні, протягом 2–4 днів, у рідкісних випадках до 7-го дня і більше, чим і пояснюється несправжній поліморфізм висипу.

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

*Параклінічні дослідження:*

– загальний аналіз крові: лейкопенія, відносний лімфоцитоз, нормальні показники ШОЕ;

– РФА дозволяє виявити антиген вірусу в мазках-відбитках зі вмісту везикул.

– Для серологічного дослідження використовують парні сироватки. Діагностичним вважається наростання титру в 4 рази та більше протягом 10–14 діб. Дослідження проводять за допомогою РЗК, РНГА, ІФА, РІА.

**Лікування.** При легких та середньотяжких формах вітряної віспи 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.

Засобом етіотропної терапії вітряної віспи є ацикловір. Застосування ацикловіру показано:

- пацієнтам з онкогематологічними захворюваннями;
- реципієнтам органів, кісткового мозку;
- хворим, які отримують кортикостероїдні препарати;
- дітям зі вродженими імунodefіцитами;
- дітям із ВІЛ-інфекцією;
- пацієнтам зі вродженою вітряною віспою;
- хворим на вітряну віспу, ускладнену ураженнями нервової системи, гепатитом, тромбоцитопенією, пневмонією;
- хворим на тяжкі форми вітряної віспи.

Крім ацикловіру при вітряній віспі ефективними є такі препарати, як валацикловір, фамцикловір, ганцикловір. Противірусну терапію призначають із першого дня захворювання. Ацикловір вводять внутрішньовенно по 10 мг/кг маси тіла 3 рази на добу. Курс триває 7–9 днів залежно від тривалості періоду підсилення. Закінчувати противірусну терапію слід через 48 год 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.

Термін ізоляції хворого – до 5-го дня від останньої висипки. Кратність догляду вдома – за показаннями, але дітей грудного віку відвідують щоденно до повного одужання. Карантин накладається строком з 11-го до 21-го дня від контакту тільки на дітей, які раніше не хворіли на вітряну віспу. Контактних слід щодня оглядати, робити термометрію.

### **Діагностика та лікування паротитної інфекції**

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 залучаються до патологічного процесу інші слинні залози;
- припухлість тістуватої консистенції, щільна при пальпації (особливо при відкриванні рота), колір шкіри над нею незмінений;
- збільшення та інфільтрація вихідного отвору протока навколоушної залози з вінчиком гіперемії – симптом Мурсона;
- слабкість, головний біль, шум, біль у вухах, зниження слуху, сухість у роті.

**Інші прояви паротитної інфекції:**

- панкреатит: на фоні підвищення температури з'являється постійний біль у животі, зниження апетиту, нудота, блювання;
- орхіт: виникає на 5–8-й день хвороби, гостро з підвищення температури до 38–40 °С, симптомів інтоксикації, набряку та різкого болю в яєчках, що посилюється під час руху, відчуття важкості внизу живота, шкіра калитки гіперемована, натягнута, блищить;
- менінгіт: розвивається на 3–6-й день захворювання, гостро з підвищення температури до 38–39 °С, головного болю, блювання, сонливості, адинамії, менінгеальних симптомів;
- оофорит, струміт, бартолініт, мастит.

Критерії тяжкості:

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

Параклінічні дослідження:

- загальний аналіз крові – лейкопенія, відносний лімфоцитоз, еозінопенія, рідше – моноцитоз та прискорення ШОЕ;
- аналіз сечі на діастазу;
- імуноферментний аналіз – виявлення в крові специфічних антитіл класу Ig M до вірусу паротиту.

**Лікування.** Вдома можна лікувати дітей з легкими та середньотяжкими формами хвороби при ізольованому ураженні слинних залоз. Базисна терапія. Постільний режим: при ізольованому ураженні слинних залоз – до 7 днів, серозному менінгіті – до 14, при орхиті – 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 тяжких, ускладнених та комбінованих формах (панкреатит, орхит, менінгіт та ін.) – лікування за протоколом в умовах стаціонару.

Наслідки ураження нервової системи: астеноневротичний, гіпертензивний синдроми, енурез, заїкання, епілепсія, парези, порушення психіки, глухота, сліпота, порушення вестибулярного апарату (після перенесеного менінгіту, енцефаліту).

Наслідки ураження статевих залоз: атрофія, пухлини, хронічний орхит, порушення сперматогенезу, безплідність, імпотенція, гіпогонадізм, гінекомастія (після перенесеного орхіту).

Наслідки ураження підшлункової залози: хронічний панкреатит, цукровий діабет, ожиріння (після перенесеного панкреатиту).

З контактними, які не досягли 10 років, нагляд починається з 11-го по 21-й день з моменту контакту. Для попередження поширення хвороби в дитячих закладах проводять екстрену активну імунопрофілактику живою паротитною вакциною дітям, які не хворіли та не були щеплені. Введення імуноглобуліну при паротитній інфекції не показано.

## **Діагностика та лікування інфекційного мононуклеозу та мононуклеозоподібного синдрому**

Шифр МКХ-10 – B27 Інфекційний мононуклеоз

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

Мононуклеозоподібний синдром також може бути обумовлений іншими вірусами із групи герпес-вірусів і це, насамперед, цитомегаловіруси (ЦМВ) та вірус герпесу людини (ВГЛ) 6-го типу

*Діагностичні критерії*

Клінічні:

– початок гострий із гарячки неправильного типу, температура з першого дня хвороби звичайно фебрильна, може тривати від 3 днів до 3 тиж і довше;

– тонзиліт, фарингіт, біль у горлі, закладення носа, утруднення носового дихання;

– генералізована лімфаденопатія, гепатоспленомегалія;

– екзантема (може бути короподібна чи скарлатиноподібна, уртикарна, геморагічна);

– головний біль, слабкість, кволість, міалгії, артралгії.

Параклінічні дослідження:

– Загальний аналіз крові (лейкоцитоз, лімфоцитоз, віроцити).

– Біохімічні проби печінки (АЛТ, білірубін).

– Виявлення гетерофільних антитіл у сироватці крові.

– Виявлення антитіл до ВЕБ класів IgM та IgG до капсидного та ядерного антигенів ( VCA, NA) методом ІФА.

– Виявлення ДНК ВЕБ методом ПЛР у крові, слині, слізній рідині, за необхідністю – у лікворі та лімфатичній тканині.

– За наявністю клінічних проявів хвороби і негативних результатів на ВЕБ-інфекцію призначити обстеження на маркери ЦМВ-інфекції і інфекції, обумовленої ВГЛ 6-го типу.

**Лікування.** При всіх формах:

– режим – обмеження фізичного навантаження;

– дієта – виключення гострих, смажених екстрактивних страв;

– симптоматична терапія (жарознижувальні – парацетамол, ібупрофен);

– антигістамінні препарати.

При тяжких формах :

– протівірусні препарати: ізопринозин, гропрінозин, (50 мг/кг/доб в 3–4 прийоми), вальтрекс, валовір (30 мг/кг/доб) тривалістю від 10 днів до 2–3 тиж;

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

При приєднанні вторинної бактеріальної флори – антибактеріальні препарати: макроліди (еритроміцин, кларитроміцин, фромілід, азитроміцин), цефалоспорини (цефалексин, цефуроксим, цефазолін).

Протипоказані напівсинтетичні пеніциліни ампіцилін та його аналоги.

*Ускладнення.* Гематологічні (аутоімунна гемолітична анемія, тромбоцитопенічна пурпура, рідко – розрив селезінки); з боку нервової системи – енцефаліт, серозний менінгіт, синдром Гієнна-Барре, неврити черепних нервів.

**Діагностика та лікування коклюшу та паракоклюшу**

МКХ-10 – А 37 Коклюш

А 37.0 Коклюш, спричинений *Bordetella pertussis*

А 37.1 Коклюш, спричинений *Bordetella parapertussis*

А 37.8 Коклюш, спричинений *Bordetella species*

А 37.9 Коклюш, неуточнений

**Коклюш** – гостре інфекційне захворювання з повітряно-краплинним механізмом передачі, яке обумовлене *Bordetella pertussis*, має циклічний затяжний перебіг, характеризується своєрідним спазматичним нападаподібним кашлем.

*Діагностичні критерії*

Клінічні:

– Катаральний період триває 6–14 нів, характеризується незначними катаральними явищами (риніт, ларинготрахеїт, сухий кашель) температура субфебрильна.

– Кашель поступово посилюється, як за частотою, так і за тривалістю.

– Період спазматичного кашлю триває від 2 до 5 тиж (пароксизмальний кашель із репризами, з відходженням щільного, в'язкого мокротиння, нерідко закінчується блюванням, почервонінням шкіри обличчя, ціанозом, у дітей першого року життя напади кашлю можуть супроводжуватися еквівалентами репризів – апное).

*Критерії тяжкості*

Легка форма: частота нападів кашлю – до 15 на добу, кількість репризів – до 5; напади кашлю короткі, загальне самопочуття хворого не порушується.

Середньотяжка форма: частота нападів кашлю – до 25 на добу, кількість репризів – до 10; напади кашлю тривалі, часто наприкінці нападів виникає блювання; загальне самопочуття помірно порушене.

Тяжка форма: частота нападів кашлю – більше 25 на добу, кількість 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, ознак гіпоксії (блідість, ціаноз, тахікардія); розвиток ускладнень.

*Параклінічні дослідження:*

- Загальний аналіз крові – лейкоцитоз, лімфоцитоз, нормальна ШОЕ.
- Бактеріологічний – виділення *V. pertussis* із слизу з носогорла.
- Позитивна ПЛР на *V. pertussis* (матеріал носоглоткового слизу).
- Серологічний метод – виявлення антитіл класу IgA та IgM до *V. pertussis* в крові.

**Лікування.** При всіх формах :

– Режим – підтримання оптимального повітряного режиму (часті провітрювання, вологе прибирання). При легких та середньотяжких формах призначається тривале перебування на свіжому повітрі. Матері хворої на коклюш дитини необхідно пояснити правила режиму: максимальне перебування на свіжому повітрі, заборона спілкування з іншими дітьми, заняття цікавими іграми, повноцінний сон, тривалість якого має бути більшою, ніж для здорової дитини.

– Дієта – добовий об'єм їжі зберігається, збільшується кількість годувань.

– Етіотропна терапія. Всім хворим у перші 3 тиж від початку захворювання призначається еритроміцин або інші антибіотики з групи макролідів. Тривалість курсу – 14 днів (азитроміцину – 5 днів). Препарат другого ряду (при непереносимості макролідів) – триметоприм-сульфаметоксазол (ТМП-СМЗ), ампіцилін, які призначаються тривалістю до 14 днів. Призначення етіотропної терапії у строках після 3 тиж від початку захворювання вирішується індивідуально.

– Симптоматична терапія. У разі коклюш використовуються препарати, що пом'якшують або пригнічують кашель: спазмолітичні мікстури (екстракт беладони, неокодіон, кодипронт). У старших дітей – лібексин, тусупрекс, пакселадин, синекод та ін. На ніч рекомендується призначати піпольфен, седуксен або малі транквілізатори, корисні відвари заспокійливих трав – валеріани, собачої кропиви.

– При тяжких формах: аміназин 1–2,5 мг/кг/доб на 2–3 введення перед денним і нічним сном.

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

**Невідкладна допомога в разі зупинки дихання:**

- звільнити дитину від одягу, пелюшок, усього, що утруднює дихання;
  - звільнити ротову порожнину від слизу, блювотних мас (гумовим балоном або пучкою, змотаною марлею);
  - зафіксувати язик, закинути голову, висунути нижню щелепу, під шию підкласти валик;
  - штучне дихання рот у рот або рот у ніс.
- Після встановлення дихання треба забезпечити доступ свіжого повітря. Поява приступів апное – показання до госпіталізації.

## Діагностика та лікування грипу та інших гострих респіраторних інфекцій

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

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

*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, блювання);

– 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, дертя, 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:*

– виявлення антигену вірусу у змиві з носоглотки за допомогою реакції імунофлюоресценції;

– виявлення антитіл до вірусу за допомогою реакції зв'язування комплементу та реакції гальмування гемаглютинації; використовують метод парних сироваток, коли враховується наростання титру антитіл у 4 рази протягом 10–14 днів;

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

## Лікування

1. Базисна терапія незалежно від тяжкості хвороби:

- постільний режим до нормалізації температури;
- молочно-рослинна дієта, збагачена вітамінами;
- вживання великої кількості рідини, включаючи чай з лимоном, малиною, лужні мінеральні води, соки, морси тощо;
- при закладенні носа у дітей до 6 міс зволожують слизову оболонку носа фізіологічним розчином натрію хлориду; дітям старше 6 міс можна призначати судинозвужувальні дитячі краплі для носа або пероральні форми судинозвужувальних препаратів, але застосовувати їх не довше 3 днів;
- при сухому, болісному кашлі призначають протикашльові препарати (декстрометорфан, пакселадин, синекод та ін.);
- при вологому кашлі з тяжким виділенням харкотиння – муколітичні препарати (мукалтин, амброксол, ацетилцистеїн тощо);
- при тривалому кашлі – грудні збори (корінь алтея, лист мати-й-мачухи, соснові бруньки та ін.).

Температуру тіла необхідно знижувати, коли вона перевищує 38,5–39 °С. Однак дітям віком до 2 міс, а також з перинатальною енцефалопатією, судомами в анамнезі та важким захворюванням серця треба постійно проводити контроль гарячки, не допускати підвищення температури тіла вище 38 °С. Призначають антипіретики у вікових дозах (парацетамол, ібупрофен тощо). Категорично протипоказано застосування ацетилсаліцилової кислоти з метою зниження температури тіла дітям до 12 років у зв'язку із ризиком виникнення синдрому Рея.

2. Етіотропна терапія:

- римантадин – ефективний при грипі А, призначається дітям старше 7 років у перші 2 дні захворювання протягом 3–5 днів;
- пролонговані форми римантадину (римантадин-полісахаридні комплекси) дітям старше 1 року;
- осельтамівір (таміфлю) – ефективний при грипі А та В, призначається дітям протягом 5 днів (в умовах стаціонару);
- індуктори ендogenousного інтерферону;
- в тяжких випадках – нормальний людський імуноглобулін із 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 з відповідними протоколами 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 вакцини (спліт та субдиничні).

Показання до обов'язкової вакцинації дітей проти грипу:

- діти з хронічними захворюваннями бронхолегеневого тракту;
- діти з хворобами серця зі 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 міс до сезонного підйому захворюваності на грип (вересень–листопад). Усім іншим особам вакцинація проти грипу може проводитися за виробничою необхідністю або за бажанням.

### **Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ)**

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

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

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 використовуються 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

- V34.0 Аденовірусні інфекції, неуточнені
- V34.1 Ентеровірусні інфекції неуточнені
- V34.2 Коронавірусні інфекції неуточнені
- V34.3 Парвовірусні інфекції, неуточнені
- V34.8 Інші вірусні інфекції неуточненої локалізації
- V34.9 Вірусна інфекція, неуточнена.

#### *Діагностичні критерії.*

##### Клінічні:

– катаральний синдром (закладеність носа, виділення з носа, часто рясні, біль у горлі, гіперемія зів, 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:

– виявлення антигену вірусу зі змиву з носоглотки за допомогою реакції імунофлуоресценції;

– виявлення антитіл до вірусу за допомогою реакції зв'язування комплементу та реакції гальмування гемаглютинації; використовують метод парних сироваток, коли враховується наростання титру антитіл у 4 рази протягом 10–14 днів.

Етіологічний діагноз виставляється лише після лабораторної розшифровки. При її відсутності ставиться діагноз "ГРВІ" та вказується провідний клінічний синдром.

#### **Лікування**

1. Базисна терапія. Усім хворим на ГРВІ, незалежно від тяжкості хвороби, призначають:

– постільний режим до нормалізації температури;

– молочно-рослинну дієту, збагачену вітамінами;

– вживання великої кількості рідини, включаючи чай з лимоном, малиною, лужні мінеральні води, соки, морси тощо;

– при закладенні носа у дітей до 6 міс зволожують слизову оболонку носа фізіологічним розчином натрію хлориду; дітям старше 6 міс можна призначати судинозвужувальні дитячі краплі для носа, але застосовувати їх не довше 3 днів;

– при сухому, болісному кашлі призначають протикашльові засоби (декстраметорфан, пакселадин, синекод та ін.);

– при вологому кашлі з важким виділенням харкотиння – муколітичні препарати (амброксол, лазолван, ацетилцистеїн, мукалван, гвайфенозин тощо);

– при тривалому кашлі – грудні збори (корінь алтея, лист мати-й-мачухи, соснові бруньки та ін.).

Температуру тіла необхідно знижувати, коли вона перевищує 38,5–39 °С. Однак дітям віком до 2 міс, а також з перинатальною енцефалопатією, судомами в анамнезі та важким захворюванням серця треба постійно проводити контроль гарячки, не допускати підвищення температури тіла вище 38 °С. Призначають антипіретики у вікових дозах (парацетамол, ібупрофен тощо). Дітям до 12 років протипоказане застосування ацетилсаліцилової кислоти з метою зниження температури (загроза розвитку с. Рея).

2. Протівірусна терапія: можливе застосування арбідолу, тілорону, інозину, пранобексу, афлубіну.

3. Синдромальна терапія проводиться згідно з відповідними протоколами:

- 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).

**Профілактика ГРВІ.** Для профілактики гострих респіраторних вірусних захворювань можна використовувати арбідол, рекомбінантні  $\alpha$ -інтерферони для назального введення, рослинні адаптогени (ехіноцея, елеутерокок та ін.) у комбінації з полівітамінами, під час контакту з хворим показане використання марлевих респіраторів, часте миття рук, полоскання рота й горла.

## **Діагностика та лікування інвазивних інфекційних діарей у дітей**

Шифр МКХ-10

A00-A09 Кишкові інфекційні хвороби

A01 Тиф та паратиф

A02 Інші сальмонельозні інфекції

A03 Шигельоз

A04 Інші бактеріальні кишкові інфекції

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

Найчастіші збудники інвазивних інфекційних діарей у дітей:

- Бактерії: *Shigella*, *Salmonella*, *Echerichia coli* (ентероінвазивні та ентерогеморагічні штами), *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter*, *Clostridium*.
- Найпростіші: *Balantidium*, *Etmoeba histolytica*.

### *Діагностичні критерії.*

#### Клінічні:

– загальні – гострий початок, підвищення температури тіла до 38–40 °С, симптоми інфекційного токсикозу, можливий розвиток токсичної енцефалопатії (порушення свідомості, судоми), блювання.

– місцеві – переймоподібні болі в животі, тенезми чи еквіваленти тенезмів, спазмована сигмоподібна, ободова кишка, рідке малокалове випорожнення, часто зеленого кольору з домішками слизу, крові, рідко гною.

#### Критерії тяжкості:

– загальні – вираженість симптомів інтоксикації;

– місцеві – характер та частота випорожнень, наявність гемоколіту, інтенсивність болю в животі, поява ускладнень.

#### *Параклінічні дослідження:*

– загальний аналіз крові (лейкоцитоз, нейтрофілоз, зсув формули вліво, прискорена ШОЕ);

– копрограма (слиз, лейкоцити, еритроцити, клітини циліндричного епітелію);

– бактеріологічні – посів калу (при сальмонельозі – додатково сечі, крові);

– реакція аглютинації, реакція пасивної гемаглютинації (наростання титру антитіл у динаміці); доцільно проводити у дітей старше 1 року за відсутності позитивних результатів бактеріологічних досліджень.

### **Лікування**

**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 блювання. На сьогодні найбільш фізіологічним вважається раннє, поступове відновлення харчування. Відновлення якісного та кількісного складу їжі здійснюється в максимально можливі короткі строки.

Дітям старшого віку рекомендується дотримуватися щадної дієти, з раціону виключається цільне молоко, жирна, смажена, копчена, груба та багата на вуглеводи 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. Введення до раціону продуктів багатих на пектинові речовини (печені яблука, банани, яблучне пюре). Можна призначати кисломолочні продукти, картопляне, морквяне пюре на воді.

**Антибактеріальна терапія.** Показання: усі тяжкі форми захворювання незалежно від етіології та віку дитини; гемоколіт незалежно від віку дитини та тяжкості захворювання.

При середньотяжких формах захворювання:

- діти до 1 року;
- діти старше 1 року життя з імунодефіцитними станами, ВІЛ-інфіковані та діти, які отримують імуносупресивну терапію;
- діти з гемолітичними анеміями;
- шигельози, амебіаз;
- за наявності вторинних бактеріальних ускладнень;
- за наявності позакишкових вогнищ інфекції.

При легких формах захворювання:

- діти 1 року життя з імунодефіцитними станами;
- ВІЛ-інфіковані;
- діти з гемолітичними анеміями;
- шигельози, амебіаз;
- за наявності вторинних бактеріальних ускладнень.

Антибактеріальна терапія не показана при інвазивних кишкових інфекціях:

- хворим з легкими формами інфекцій, окрім перелічених вище;
- хворим зі стертими формами;
- при бактерійному носійстві будь-якої етіології (транзиторному, хронічному);
- хворим із дисфункцією шлунково-кишкового тракту, яка пов'язана з наслідками ГКІ (дисбіоз кишечника, лактазна недостатність, синдром целиакії, вторинні ферментопатії тощо).

Антибактеріальні препарати 1-го ряду (нітрофурани, триметоприм) призначають при легких і середньотяжких формах захворювання емпіричним шляхом при першій зустрічі з хворим. Антибактеріальні препарати 2-го ряду призначаються при неефективності препаратів 1-го ряду, при середньотяжких і тяжких формах, при пізній госпіталізації – як стартові препарати, переважно в стаціонарі. До них належать препарати налідиксової кислоти, аміноглікозиди 2-го покоління (амікацин), крім сальмонельоза. Антибактеріальні препарати 3-го ряду (амінопеніциліни, захищені від бета-лактамазної активності збудників, при наявності чутливої флори до них), цефалоспорины 3-го покоління (цефотаксим, цефтріаксон), карбопенемі (іміпенем, меропенем), фторхінолони (тільки за життєвими показаннями) призначаються тільки в стаціонарі. Курс антибактеріальної терапії – 5–7 днів.

Показанням до заміни препарату є його неефективність протягом 3 днів.

**Регідратаційна терапія** – при інвазивних ГКІ дегідратація організму дитини зустрічається відносно рідко. За її наявності надають перевагу оральним методам регідратації з використанням глюкозо-сольових розчинів.

**Дезінтоксикаційна терапія** – проводиться за наявності симптомів інфекційного токсикозу. При легких та середньотяжких формах з цією метою використовують розчини для оральної регідраатації. При тяжких формах – застосовують внутрішньовенне введення розчинів в умовах стаціонару.

#### **Допоміжна терапія:**

1. Ентеросорбція: перевага надається силакатним 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.

2. Пробіотикотерапія: як етіотропні засоби за відсутності антибактеріальних препаратів у призначеннях.

Курс пробіотикотерапії в гострому періоді ГКІ триває 5–10 днів. Пробіотикотерапія також показана в періоді реконвалесценції ГКІ фізіологічними пробіотиками (у своєму складі містять нормальну мікрофлору) з метою відновлення мікрофлори кишечника протягом 3–4 тиж.

3. Ферментотерапія: призначається в стадії реконвалісценції при наявності ознак дисферментемії у дітей, які переохворіли на ГКІ. Використовують препарати з ферментів підшлункової залози.

У дитячі дошкільні заклади дітей допускають після контрольного бактеріологічного обстеження за умов негативного результату. Робота з контактними проводиться протягом 7 діб: контролюється загальний стан, апетит, температура тіла. Особлива увага – щоденному огляду випорожнень. Усім контактним у перші 3 дні проводиться бак. посів калу на патогенну кишкову флору.

### **Діагностика та лікування секреторних інфекційних діарей**

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

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

Найчастіші збудники секреторних інфекційних діарей у дітей:

– Віруси: Rotavirus, Adenovirus, Astrovirus, Coronavirus, Calicivirus, Reovirus.

– Бактерії: Vibrio cholerae, Salmonella, Echerichia coli (ентеропатогенні, ентеротоксигенні, ентероадгезивні).

*Діагностичні критерії.*

Клінічні:

– загальні – гострий початок, підвищення температури тіла до 38–38,5 °С чи вище, розвиток токсикозу з ексикозом;

– місцеві – блювання, постійні ниючі болі у животі, рідкі, рясні випорожнення з домішками води і рештки неперетравленої їжі, можливий катар верхніх дихальних шляхів при ГКІ вірусної етіології.

Критерії тяжкості:

– ступінь дегідратації, вираженість симптомів інтоксикації;

– характер, частота випорожнень та наявність ускладнень.

Параклінічні дослідження:

– Копрограма – лімфоцити, ознаки порушення ферментативної функції кишечника;

– Посів калу – виділення збудника та уточнення його виду. При необхідності проводять посів крові, блювотних мас, промивних вод шлунка, залишків їжі.

– Вірусологічне дослідження калу – виділення вірусу.

– Визначення антитіл до збудників методом ІФА (по можливості).

– Визначення антитіл пасивної гемаглютинації – наростання титру антитіл (по можливості).

### **Лікування. Дієтотерапія**

У 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 блювання. Відновлення якісного та кількісного складу їжі здійснюється в максимально можливі 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. До раціону рекомендується вводити каші на воді, пектинові суміші, більш раннє призначення м'ясного пюре.

**Регідратаційна терапія.** Перевагу надають оральній регідратації. Вона є основним методом регідратації при ексикозах I–II ступенів, а при

токсико-ексикозах III ступеня вона застосовується в поєднанні з парентеральною регідrataцією. Для цього використовують глюкозо-сольові розчини.

Оральну регідrataцію проводять у 2 етапи:

1-й етап: перші 4–6 год із метою 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-го етапу оральної регідrataції:

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

При ефективності 1-го етапу регідrataції через 4–6 год починають 2-й 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 регідrataцію проводять при ексикозах III ступеня, при сполученні ексикозу з гіповолемічним шоком, при оліго- чи анурії в умовах стаціонару.

За відсутності блювання (або після її припинення) замість глюкозо-сольових розчинів хворому можна давати пектинові суміші: концентрований рисовий відвар, печене яблука, яблучну суміш. Пектин дає ентеросорбційний ефект, суміш діє на виділення соків, зменшує метаболічний ацидоз, солі кальцію, якими багаті пектинові суміші, діють протизапально.

### **Антибактеріальна терапія**

Показання:

А. При всіх формах дітям до 1 року:

- дітям з імунодефіцитними станами;
- ВІЛ-інфікованим дітям у стадії СНІДу;
- дітям, які отримують імуносупресивну терапію;
- дітям з гемолітичними анеміями.

Б. Холера незалежно від віку.

У разі потреби призначаються антибактеріальні препарати:

- триметоприм/сульфаметоксазол;
- препарати налідиксової кислоти;
- цефалоспорины III покоління.

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

При холері препаратами вибору є еритроміцин, налідиксова кислота, нітрофуранові препарати, триметоприм/сульфаметоксазол, дітям старше 8 років – тетрацикліни.

При холері антибактеріальні препарати призначають після першого етапу регідратації, через 3–6 год після госпіталізації.

#### **Допоміжна терапія**

**Ентеросорбція:** перевагу надають алюмосилікатним сорбентам (сметта), які призначають з перших днів захворювання.

Курс ентеросорбції при ГКІ – 5–7 днів.

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

**Пробіотикотерапія:** за відсутності антибактеріальних препаратів у призначеннях.

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

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

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

Курс ферментотерапії триває 2–3 тиж.

За відсутності позитивної динаміки або появи ускладнень хворих госпіталізують.

#### **Терміни ізоляції хворих вдома – до клінічного одужання.**

Кратність нагляду вдома – за показаннями. Лабораторне обстеження проводиться з 1-го дня: копрограма, бактеріологічне дослідження калу, а в разі підозри на сальмонельоз – сечі.

У дитячі дошкільні заклади дітей допускають після негативного результату бактеріологічного дослідження калу.

Робота з контактними проводиться протягом 7 діб: контролюється загальний стан, апетит, температура тіла. Особлива увага – щоденному огляду випорожнень. Усім контактним у перші 3 дні проводиться посів калу на патогенну кишкову флору.

### **Задачі для самоконтролю**

1. Хлопчик 6 років хворіє протягом тижня. Дільничний педіатр діагностував ГРІ, призначив симптоматичну терапію. Непокоїть біль у горлі, утруднене носове дихання, голос гунявий, під час сну – хроп'яче дихання.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Млявий, температура тіла 39 °С. Шкіра чиста, бліда, повіки пастозні. Передньошийні лімфовузли збільшені, болючі при пальпації; задньошийні – множинні, у вигляді пакетів, рухливі, безболісні. Язик обкладений білим нальотом, вологий. На гіпертрофованих мигдаликах гнійні нальоти. У легенях і серці без патології. Живіт м'який,

печінка виступає на 3 см нижче краю реберної дуги, селезінка – на 1 см. Фізіологічні відправлення в нормі.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Призначте план обстеження.

**2.** Дитина 7 років, хворіє 2-у добу. Температура тіла до 38,9 °С, загальне нездужання, головний біль, одноразове блювання, зниження апетиту, біль у горлі, висип.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Дитина млява, температура тіла 39 °С, яскравий рум'янець на щоках, носо-губний трикутник блідий, губи яскраві, сухі. Підщелепні лімфовузли збільшені, болючі. Дрібнокрапчастий висип на гіперемованому тлі шкіри, переважно на згинальних поверхнях кінцівок, латеральних поверхнях тулуба, внизу живота, в пахових ділянках. Язик густо обкладений білим нальотом. Яскрава відмежована гіперемія м'якого піднебіння з наявністю енантеми на ньому. Мигдалики гіпертрофовані, в лакунах гнійні нальоти. Тахікардія до 132 уд/хв, артеріальний тиск 125/85 мм рт. ст. Живіт м'який. Фізіологічні відправлення в нормі.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Сформулюйте принципи терапії.

**3.** Дівчинка 4 років хворіє 2-у добу. Скарги на підвищення температури тіла до 38,8 °С, висип на шкірі. Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, самопочуття не страждає. На шкірі обличчя, тулуба, кінцівок рясна висипка, що супроводжується свербінням. Елементи висипу у вигляді плям, папул, везикул розташовуються на незміненому кольорі шкіри. Язик чистий, вологий. На слизовій щік, піднебіння і ротоглотки кілька везикулярних елементів висипу і поверхневих ерозій діаметром 3–4 мм. У легенях везикулярне дихання, тони серця ясні, ритмічні. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Фізіологічні відправлення в нормі.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Сформулюйте принципи терапії.

**4.** Хлопчик 8 років, хворіє 5 днів. Початок гострий із підвищення температура тіла до 38,3 °С, нездужання, закладеності носа, дертя у горлі, сиплості голосу, сухого кашлю, різі в очах. Отримував симптоматичну терапію. На 3-й день стан дитини погіршився: температура 39,5 °С, з'явився висип на обличчі, який став поширюватися на тулуб, потім на кінцівки, катаральні явища посилюлися.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Відзначається пастозність повік, гіперемія кон'юнктив, сиплість голосу. На обличчі, тулубі, плечах яскравий зливний плямисто-папульозний висип, на кінцівках – окремі рожеві

елементи плямисто-папульозного висипу. Загальний колір шкіри між елементами висипки – звичайний. Периферичні лімфовузли дрібні, рухливі. Слизові оболонки зіва гіперемовані, на м'якому піднебінні плямиста енантема. У легенях жорстке дихання, хрипи не вислуховуються. Тони серця ясні, ритмічні. Фізіологічні відправлення в нормі.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Призначте план обстеження.

**5.** Дитина 2 років, не організована, хворіє другий день. Температура тіла 38,7 °С, млявість, нудота. Випорожнення 5–7 разів, на початку хвороби випорожнення водянисті, рясні, на другий день з'явилися переймоподібні болі у животі, тенезми, випорожнення малими порціями зі слизом та прожилками крові.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Млявість, апетит знижений. Шкіра бліда, язик обкладений білим нальотом, вологий. У легенях везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, пульс – 120 уд/хв. Живіт м'який, печінка та селезінка не збільшені. Сигмоподібна кишка спазмована та болюча при пальпації.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Тактика сімейного лікаря.

**6.** Дівчинка 5 років, хворіє другий день. Температура тіла 37,8 °С, млявість, зниження апетиту. Випорожнення 8–9 разів, водянисті, рясні. Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, самопочуття не змінюється. Шкіра звичайного кольору, тургор та еластичність збережені. Ніс закладений, гіперемія задньої стінки глотки. Слизуваті ротової порожнини вологі, губи та язик сухі. У легенях везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, пульс – 108 уд/хв. Живіт м'який, безболісний. Паренхіматозні органи не збільшені. Діурез зменшений, сеча насиченого кольору.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Викладіть тактику сімейного лікаря.

**7.** Огляд лікарем на дому дівчинки 6 років. Хворіє тиждень. На тлі нормальної температури та задовільного самопочуття з'явилось дертя у горлі та покахування. З 2–3-го дня з'явився сухий кашель, інтенсивність та тривалість якого в динаміці зростала. З учорашнього дня кашель став нападаподібним до 12 разів на добу, супроводжується почервонінням обличчя, відходженням в'язкого мокротиння.

Об'єктивно: температура тіла 36,8 °С. Загальний стан задовільний. Шкіра звичайного кольору. У легенях жорстке дихання, хрипи не вислуховуються. Тони серця ритмічні. Пульс – 94 уд/хв. При огляді зіва у дитини виник напад кашлю, тривалістю 1,5–2 хв з гучним вдихом повітря під

час нападу. Живіт м'який. Печінка та селезінки не збільшені. Фізіологічні випорожнення в нормі.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Визначте принципи терапії.

**8.** Дитина 10 років, захворіла гостро з підвищення температура тіла 39,8 °С, болю у м'язах і суглобах, головного болю, болю в очах.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, млявість, нездужання, апетит знижений Шкіра звичайного кольору, без висипки. Периферичні лімфовузли трохи збільшені, безболісні, рухливі. Слизові зіва чисті, яскрава гіперемія та збільшення фолікул задньої стінки глотки. Склери звичайного кольору, кон'юнктиви дещо гіперемовані. У легенях везикулярне дихання, тони серця ритмічні, ясні. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Випорожнення та сечовиділення в нормі.

1. Сформулювати попередній діагноз.
2. Визначити принципи терапії.

**9.** Дитина 9 років, хворіє протягом 2 діб. Захворювання почалося гостро: температура тіла 38,7 °С, нежить, покахиккування. На другий день хвороби температура тіла 37,9 °С, дертя у горлі, закладеність носа з серозно-слизовим виділенням.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкіра звичайного кольору, без висипки. Периферичні лімфовузли трохи збільшені, безболісні, рухливі. Слизові зіва чисті, яскрава гіперемія та збільшення фолікул задньої стінки глотки. Склери звичайного кольору, кон'юнктиви трохи гіперемовані, повіки набряклі. У легенях везикулярне дихання, тони серця ритмічні, ясні. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Випорожнення та сечовиділення в нормі.

- 1 Сформулювати попередній діагноз.
2. Призначити план лікування.

**10.** Дівчинка 7 років, хворіє 2-й день. Температура тіла до 38,6 °С, нездужання, нежить, дертя у горлі. Сьогодні мати помітила висип по всьому тілу. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Температура тіла 38,2 °С, млявість. Дихання через ніс утруднене. Поліаденопатія, найбільш збільшені задньошийні та потиличні лімфовузли. На шкірі макулопапульозна висипка, переважно на спині, розгинальних поверхнях кінцівок, сідницях. Слизова оболонка ротоглотки гіперемована. В легенях жорстке дихання, хрипи не вислуховуються. Тони серця ясні, ритмічні. Пульс – 100 уд/хв. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Фізіологічні відправлення в нормі.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Призначте лабораторне обстеження.

**11.** Дитина 6 років хворіє другу добу. Початок захворювання з підвищення температури тіла до 38,6 °С, головного болю, болісного відкривання рота та жування, пухлини навколо лівого вуха. Другого дня на тлі лихоманки з'явився біль та пухлина з іншої сторони.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості, температура тіла 39,1 °С, шкіра чиста, звичайного кольору. Привушні залози з обох боків збільшені та набряклі, болісні, пружної консистенції, шкіра над ними звичайного кольору. На слизистій щік визначається інфільтрація вихідних отворів протоків привушних залоз. Шийні групи лімфовузлів дещо збільшені до 0,5 см, безболісні, не спаяні між собою та прилеглими тканинами. У легенях та серці без патології. Живіт м'який, безболісний. Паренхіматозні органи не збільшені. Менінгеальні знаки негативні. Випорожнення та сечовиділення не змінені.

1. Сформулюйте діагноз.
2. Призначте лабораторне обстеження для підтвердження діагнозу.

### **Відповіді:**

1. *1. Інфекційний мононуклеоз, типова ангінозно-залозова форма, середньої тяжкості.*  
*2. Загальний аналіз крові, сечі. Серологічні реакції крові на виявлення антитіл класу IgM та ранніх класу G. Бактеріологічне дослідження слизу із ротоглотки на флору та дифтерію.*
2. *1. Скарлатина типова середньої тяжкості.*  
*Ліжковий режим протягом гострого періоду.*  
*Дієта – стіл № 5 за Певзнером.*  
*Етіотропна терапія (антибіотики: пеніцилін або макроліти протягом 10 діб парентерально).*  
*2. Дезінтоксикаційна терапія: пиття рідини до 2 л/доб.*  
*Десенсибілізуюча терапія.*  
*Антипіретики (парацетамол, ібупрофен та ін.). Засоби місцевої санації: полоскання з'єва антисептичними розчинами.*
3. *1. Вітряна віспа, типова, середньої тяжкості, період висипки.*  
*Режим домашній постільний із дотриманням гігієни (щоденна зміна одягу та білизни).*  
*Змащення везикул 1% розчином діамантового зеленого, полоскання рота антисептиками.*  
*Жарознижувальні та десенсибілізуючі засоби.*
4. *1. Кір типовий, середньої тяжкості, період висипки.*  
*2. Цитоскопія мазків-відбитків із ротоглотки і виявлення типових для кору багатоядерних гігантських клітин.*  
*Серологічні методи (РТГА, РПГА, ІФА) – зростання титру антитіл у чотири і більше разів, виявлення антитіл до вірусу кору класу імуноглобулінів М.*

5. 1. *Ентероколіт (гемоколіт) середньої тяжкості.*
  2. *Дитина підлягає госпіталізації.*
6. 1. *Ентерит, середньої тяжкості.*
  2. *Дієтоterapia.*  
*Оральна регідратаційно-дезінтоксикаційна терапия.*  
*Ентеросорбенти.*
7. 1. *Кашилюк типовий, легка форма, спазматичний період.*
  2. *Дієта.*  
*Оптимальний повітряний режим.*  
*Етіотропна терапия: макроліди (еритроміцин, фромілід та ін.) або напівсинтетичні пеніциліни (ампіцилін).*
8. 1. *Гостра респіраторна вірусна інфекція (грип) середньої тяжкості.*
  2. *Постільний режим до нормалізації температури тіла.*  
*Молочно-рослинна дієта.*  
*Вживання теплого пиття.*  
*Симптоматична терапия.*  
*Полівітаміни.*
9. 1. *Гостра респіраторна вірусна (аденовірусна) інфекція середньої тяжкості.*
  2. *Ліжковий режим до нормалізації температури тіла.*  
*Молочно-рослинна дієта.*  
*Вживання теплого пиття.*  
*Симптоматична терапия.*  
*Полівітаміни.*
10. 1. *Краснуха, типова, середньої тяжкості.*
  2. *Аналіз крові клінічний.*  
*Аналіз сечі клінічний.*  
*Серологічне дослідження парних сироваток: одно з перелічених (РТГА, РН, РЗК, РІФ) або імунологічне дослідження крові (ІФА) для виявлення специфічних антитіл класу імуноглобуліну М.*
11. 1. *Паротитна інфекція: двосторонній паротит середньої тяжкості.*
  2. *Клінічний аналіз крові.*  
*Клінічний аналіз сечі на діастазу.*  
*Імуноферментний аналіз крові для визначення специфічних антитіл класу Ig M.*

## Література

1. Інфекційні хвороби у дітей : підручник / за ред. С.О. Крамарьова, О.Б. Надраги. – К. : Медицина, 2010. – 392 с.
2. Педіатрія / за ред. О.В. Тяжкої. – 3-тє вид. – Вінниця : Нова Книга, 2009. – 1136 с.
3. Дитячі інфекційні хвороби (клінічні лекції) / за ред. проф. С.О. Крамарєва. – К. : Моріон, 2003. – 480 с.
4. Богадельников И.В. Дифференциальный диагноз важнейших инфекционных заболеваний у детей / И.В. Богадельников – Симферополь, 2010. – 528 с.
5. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей / В.Ф. Учайкин. – М. : ГЕОТАР–Мед, 2004. – 824 с.
6. Наказ МЗ України № 595 от 16. 09. 2011 р. "Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів". – К., 2011.
7. Наказ МОЗ України "Про затвердження протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей". 09.07. 2004 р. – К., 2004.
8. Nelson textbook: 18<sup>th</sup> Ed. / Robert M. Kliegman, Richard E. Behrman, Hal B. Jenson and Bonita F. Stanton – S.n. : SAUNDERS? 2007. – 3200 p.
9. Fisher Randall G. Moffet's Pediatric Infections Diseases: A Problem Approach: 4<sup>th</sup> Ed. / Randall G. Fisher, Thomas G. Boyce. – S.n., 2005. – 1054 p.

*Навчальне видання*

**ОРГАНІЗАЦІЯ СТАЦІОНАРУ ВДОМА  
ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ**

***Методичні вказівки  
для студентів V–VI курсів та лікарів-інтернів***

Упорядники      Кузнецов Сергій Володимирович  
                         Татаркіна Алла Миколаївна  
                         Ольховська Ольга Миколаївна  
                         Копійченко Тетяна Сергіївна  
                         Вовк Тетяна Григорівна  
                         Кірсанова Тетяна Олександрівна  
                         Жаркова Тетяна Сергіївна  
                         Кучеренко Олена Олегівна

Відповідальний за випуск      С.В. Кузнецов



Редактор \_М.В. Тарасенко  
Коректор Є.В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О.Ю. Лавриненко

План 2014, поз. 50.  
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 2,0.  
Тираж 150 прим. Зам. № 14-3160.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

**ОРГАНІЗАЦІЯ СТАЦІОНАРУ ВДОМА  
ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ**

*Методичні вказівки  
для студентів V–VI курсів  
та лікарів-інтернів*